

GUIDE DU MÉDECIN DANS LES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES MILITAIRES

PAR

DUCO & BLUM

PRÉCIS DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE DE GUERRE

MASSON & Cie ÉDITEURS

1917

COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE

Les Traités de Médecine et de Chirurgie parus avant la guerre conservent actuellement toute leur valeur, mais ils ne contiennent pas les notions nouvelles nées des récents événements. — L'heure n'est cependant pas encore venue d'incorporer à ces ouvrages les données acquises dans les Ambulances, les Hôpitaux et les Laboratoires d'Armées. Ce sera la tâche de demain, dans le silence et avec le recul qui conviennent au travail scientifique.

Il était cependant nécessaire que les Médecins aient, dès à présent, entre les mains une mise au point et un résumé des travaux qui ont fait l'objet des nombreux Mémoires publiés dans les revues spéciales et qu'ils soient armés, pour la pratique journalière, d'ouvrages courts, maniables et écrits dans un dessein pratique.

C'est à ce but que répond cette **COLLECTION**. Nous publions, sur chacune des multiples questions qui préoccupent les médecins, de courtes monographies dues à quelques-uns des spécialistes qui ont le plus collaboré aux progrès récents de la Médecine et de la Chirurgie de Guerre.



COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE

VOLUMES PARUS (AVRIL 1917):

Les Dysenteries. Le Choléra. Le Typhus exanthématique. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, chef des Travaux à la Faculté de Médecine de Bordeaux (*avec une planche*).

La Syphilis et l'Armée, — par G. THIBIERGE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Psychonévroses de guerre, par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et J. LHERMITTE, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris (*avec* 13 *planches hors texte*).

Hystérie - Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe *en Neurologie de guerre*, — par J. BABINSKI, Membre de l'Académie de Médecine, et J. FROMENT, Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon (*avec figures dans le texte et* 8 *planches hors texte*).

Formes cliniques des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris (*Salpêtrière*), avec Préface du Pr PIERRE MARIE, Membre de l'Académie de Médecine (*avec* 81 *figures originales et* 7 *planches hors texte en noir et en couleurs*).

Traitement et Restauration des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris (*Salpêtrière*), avec Préface du Professeur Pierre MARIE (*avec figures dans le texte et* 4 *planches hors texte*).

Blessures du Crâne et du Cerveau. *Formes cliniques et Traitement médico-chirurgical,* — par Charles CHATELIN et T. DE MARTEL (*avec 98 figures et 2 planches hors texte*).

Les formes anormales du Tétanos, — par COURTOIS-SUFFIT, Médecin des Hôpitaux de Paris, et R. GIROUX, Interne Pr. des Hôpitaux, avec Préface du Professeur F. WIDAL.

Le Traitement des Plaies infectées, — par A. CARREL et G. DEHELLY (*avec 78 figures dans le texte et 4 planches hors texte*).

Traitement des Fractures, — par R. LERICHE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. (2 *volumes*.)
TOME I. — *Fractures articulaires* (*avec 97 figures*).
TOME II (et dernier). — *Fractures diaphysaires* (*avec 156 fig.*)

Les Blessures de l'abdomen, — par J. ABADIE (d'Oran), Correspondant National de la Société de Chirurgie, avec Préface du Dr J.-L. FAURE (*avec 69 fig. et 4 planches hors texte*).

Les Blessures des Vaisseaux, — par L. SENCERT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy (*avec 68 figures dans le texte et 2 planches hors texte*).

Les Fractures de la Mâchoire inférieure, — par L. IMBERT, Correspondant National de la Société de Chirurgie, et Pierre RÉAL, Dentiste des Hôpitaux de Paris. — Préface du Médecin Inspecteur général Ch. FÉVRIER (*avec 97 figures dans le texte et 5 planches hors texte*).

Les Fractures de l'Orbite *par Projectiles de guerre,* — par Félix LAGRANGE, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux (*avec 77 figures dans le texte et 6 planches hors texte*).

Les Séquelles Ostéo-Articulaires *des Plaies de guerre,* — par Aug. BROCA, Professeur d'Anatomie topographique à la Faculté de Médecine de Paris (*avec 112 figures originales*).

La Prothèse des Amputés *en Chirurgie de guerre,* — par Aug. BROCA, Professeur à la Faculté de Paris, et DUCROQUET, Chirurgien Orthopédiste de l'Hôpital Rothschild (*avec 208 fig. dans le texte*).

VOLUMES PARUS (Suite) :

Localisation et extraction des projectiles, — par OMBRÉDANNE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, et R. LEDOUX-LEBARD, chef de Laboratoire de Radiologie des Hôpitaux de Paris (*avec 225 figures dans le texte et 8 planches hors texte*).

Guide pratique du Médecin dans les Expertises médico-légales militaires, — par le Médecin principal de 1re classe A. DUCO et le Médecin-Major de 1re classe E. BLUM.

PARAITRONT PROCHAINEMENT :

La Fièvre typhoïde et les Fièvres paratyphoïdes. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, Chef des Travaux à la Faculté de Médecine de Bordeaux. (*Deuxième édition* ; *sous presse*.)

Otites et Surdités de guerre. *Diagnostic; Traitement; Expertises*, — par les Drs H. BOURGEOIS, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris, et SOURDILLE, ancien Interne des Hôpitaux de Paris (*avec figures*).

Blessures de la Moelle et de la Queue de cheval. *Formes cliniques et anatomiques. Traitement*, — par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et J. LHERMITTE, Ancien chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris (6 *planches hors texte*).

CHACUN DES VOLUMES DE CETTE COLLECTION EST MIS EN VENTE AU PRIX DE 4 FRANCS

COLLECTION HORIZON
PRÉCIS DE MÉDECINE ET
DE CHIRURGIE DE GUERRE

Guide pratique du Médecin

dans les

Expertises médico-légales militaires

PAR

A. DUCO et **E. BLUM**
Médecin principal de 1re classe
Médecin-major de 1re classe

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe
1917

GUIDE PRATIQUE DU MÉDECIN

DANS LES

EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES MILITAIRES

INTRODUCTION

Le sujet que nous abordons est toujours d'actualité et il le sera longtemps encore.

Quels sont les lois, décrets et règlements servant de base pour les expertises médico-légales militaires ?

Nous resterons uniquement sur le terrain pratique, c'est-à-dire sur le terrain médical, sans nous aventurer sur celui du contentieux, qui est limitrophe, mais dont il faut s'écarter prudemment, car il doit être réservé aux juristes. Les questions contentieuses sont pour le médecin un sable mouvant, où il risque de « s'empêtrer en sa besogne comme nos vers à soye et « de s'y étouffer ».

D'ailleurs, le médecin-expert, tout en restant uniquement sur le terrain médical, peut arriver à grouper les pièces à conviction, de nature à établir l'étiologie, le diagnostic et le pronostic des infirmités, et conséquemment à lui permettre de répondre aux trois questions qui lui sont soumises, à savoir :

1° L'origine et la filiation des accidents,

2° La gravité ou évaluation du taux d'incapacité,

3° L'incurabilité, ou la non-incurabilité avec la durée probable.

Le médecin-expert doit donc avant tout être bon clinicien : mais comme il ne peut pas, quel que soit son bagage scientifique, résoudre à lui seul tous les problèmes médico-légaux qui lui sont soumis, il fait encore preuve de clinicien en sachant choisir le spécialiste qui lui fournira les renseignements précis de nature à entraîner sa conviction.

Mais si bon clinicien qu'il puisse être, le médecin-expert est exposé aux plus graves erreurs dans ses conclusions, s'il ne connaît pas la législation militaire qui permet d'appliquer tout naturellement le texte de loi ou l'instruction répondant à chaque cas particulier.

Pour l'indemnisation des infirmités, la législation militaire diffère notablement de la législation civile.

Et d'abord le médecin-expert devant un tribunal, qu'il ait à évaluer une blessure ou une maladie, trouve uniquement à l'origine soit un traumatisme, soit une violence extérieure. Au contraire le champ d'expertise du médecin militaire s'étend sur toute la pathologie, aussi bien chirurgicale que médicale, et dans tous les cas il doit répondre à la question suivante : L'infirmité est-elle ou n'est-elle pas imputable au service militaire soit directement, soit par aggravation ?

Des trois questions soumises au médecin, la question d'origine et de filiation des accidents pathologiques est presque toujours la plus délicate à apprécier : c'est elle qui met les experts en présence des problèmes les plus complexes.

Autre difficulté : le médecin-expert devant un tribunal n'a jamais à connaître que la loi de 1898 sur les accidents de travail. Le médecin-expert militaire est obligé d'appliquer deux procédés d'estimation différents des infirmités : l'un, celui de la loi de 1831, qui assimile les infirmités à certains types légaux ayant pour résultat d'entraîner l'impossibilité de servir et de pourvoir à sa subsistance ; le second, celui de la gratification renouvelable, répondant à l'idée plus moderne de l'évaluation de la gêne fonctionnelle, de l'invalidité absolue.

Ces deux modes d'évaluation, s'inspirant de deux méthodes d'indemnisation absolument différentes, ne sont pas sans soulever des difficultés d'application. Nous en appelons au témoignage de nos camarades militarisés, même de ceux qui étaient experts devant les tribunaux.

Après la cessation des hostilités, la tâche des médecins-experts sera loin d'être achevée ; un nombre considérable de blessés seront encore en traitement ; le dossier n'aura pu être établi. D'autre part, la législation prescrit pour les malades atteints d'infirmités non-incurables une visite bisannuelle. Le nombre des blessés ou malades de la guerre à expertiser sera si considérable que les médecins militaires ne pourront pas seuls suffire à la besogne ; il faudra nécessairement recourir à l'aide et aux lumières des médecins civils. Ce volume pourra peut-être leur rendre quelques services.

Presque tous les actes des médecins d'armée constituent de véritables expertises médico-légales :

Expert, le médecin qui assiste le conseil de révision

pour renseigner ce conseil sur l'aptitude physique des conscrits au service militaire.

Expert, le médecin de régiment qui doit procéder à la répartition des malades, des convalescents.

Expert, le médecin chargé d'examens au point de vue disciplinaire et pénal.

Expert, le médecin chargé des examens relatifs aux sorties de l'armée.

Tout médecin traitant est en même temps un médecin expert. En apposant sa signature sur un billet d'hôpital ou sur une feuille d'observation, il fait acte d'expertise puisque son diagnostic apporte une pierre à l'édifice que va constituer un dossier médico-légal. Il fait acte d'expertise lorsqu'en raison de ses connaissances spéciales, de sa compétence, il est chargé, sur l'ordre du Ministre, d'une contre-expertise qui lui confère dans ces conditions le rôle d'un expert. Force est donc pour lui de connaître la législation militaire.

Nous n'étudierons, dans ce volume, que la procédure suivie en matière d'expertises médico-légales pour les sorties de l'armée, en insistant notamment sur les situations qui engagent la responsabilité de l'Etat.

Les commentaires que nous donnons des textes officiels, lorsqu'ils ne sont pas appuyés de références, ne sont dans tous les cas que des opinions personnelles, et ne peuvent engager que nous.

Paris, le 15 février 1917.

CHAPITRE PREMIER

COUP D'OEIL D'ENSEMBLE SUR LES MODES DE SORTIE DE L'ARMÉE

Les sous-officiers, caporaux, brigadiers et soldats atteints d'infirmités incompatibles avec le service militaire peuvent sortir de l'armée, soit à titre définitif, soit à titre temporaire.

S'ils sont atteints d'une infirmité relative, ils peuvent être l'objet soit d'un changement d'arme, soit d'un classement, ou dans le service auxiliaire, ou dans la catégorie des militaires inaptes temporairement à faire campagne.

L'infirmité qui a motivé l'une ou l'autre de ces décisions peut être ou bien indépendante du service militaire, ou bien au contraire consécutive, soit directement, soit par aggravation, à un fait de service ou aux obligations du service. Dans la première hypothèse la responsabilité de l'Etat n'est pas engagée ; elle l'est au contraire dans le second cas.

C'est aux Commissions de réforme qu'incombe la tâche : 1° de prendre des décisions pour la réforme des militaires ; 2° de soumettre des propositions au ministre pour les réparations du préjudice résultant des infirmités contractées par suite du service.

Avant la guerre les formalités à remplir étaient moins compliquées ; les militaires susceptibles d'être présentés devant la Commission de réforme y arrivaient directement de leur corps de troupe ou de l'hôpital. Il n'en est plus de même actuellement. Pour répondre à une situation nouvelle, il a fallu créer des organes nouveaux, destinés à régler équitablement la situation des malades et des blessés à leur sortie des hôpitaux, à procéder à leur juste répartition suivant leurs degrés d'aptitude et enfin à

proposer le taux et le mode d'indemnisation en rapport avec la gêne fonctionnelle.

Centre spécial de réforme

Tous les militaires, auxquels un congé de convalescence ne peut suffire pour leur permettre de reprendre du service, sont obligatoirement dirigés sur un « Centre spécial de réforme » (1).

Le médecin-chef de ces formations a pour mission d'examiner tous ceux qui sont susceptibles d'être proposés pour :

a) la pension ;
b) la réforme nº 1 ;
c) la réforme nº 2 ;
d) la réforme temporaire ;
e) le service auxiliaire ;
f) le changement d'arme ;
g) enfin, il doit examiner les blessés consolidés pour lesquels un doute subsisterait au sujet d'une décision à prendre.

Le médecin-chef d'un centre spécial de réforme a donc une fonction difficile et délicate : il doit être à la fois bon médecin et bon administrateur, deux qualités qui ne sont pas inconciliables. Sa fonction est un peu celle du juge d'instruction qui recueille les preuves relatives à la cause. Il va diriger le plus tôt possible sur la Commission de réforme les militaires dont l'affection n'est pas due au service ; d'autre part, il va compléter le dossier de tous ceux qui sont susceptibles d'être proposés pour une pension ou une gratification.

Dans quel but a-t-on créé cet organe nouveau, le centre de réforme ? L'expérience a démontré que les Conseils d'administration des corps de troupe, régulièrement chargés d'établir et d'instruire les dossiers de pension ou de gratification, ne pouvaient pas, sans un concours médical effectif, grouper tous les documents médico-chirurgicaux que nécessite actuellement la constitution d'un dossier. C'est, en somme, une heureuse application du principe de la division du travail, qui a pour effet de laisser à chacun ses attributions et aussi ses responsabilités.

(1) Circulaire nº 199 *Ci/7* du 20 août 1916 (Sous-Secrétariat d'Etat).

Si donc le médecin-chef du Centre spécial de réforme propose à tort quelques malades pour la réforme n° 2, ou la réforme temporaire sans gratification, le soin de réparer l'erreur incombe aux médecins des Commissions de réforme et aux Commissions de réforme elles-mêmes.

Les dossiers sont prêts. Ils sont centralisés dans un service spécial du centre de réforme « qui prend le nom de Bureau des Pensions » et « qui mettra ces dossiers à la disposition du Conseil d'administration instructeur légalement chargé de les établir et de les réunir ».

Projets de certificats d'examen. — Alors interviennent les médecins-experts chargés de la rédaction du certificat d'examen. « Ces médecins devront appartenir à l'hôpital-dépôt. En principe, ce sera le médecin-chef de cette formation et un médecin choisi parmi ceux qui ont fait un stage à la Commission consultative médicale, étant bien entendu qu'ils devront s'adjoindre, chaque fois qu'il sera nécessaire, le ou les spécialistes dont l'intervention sera justifiée. Le médecin spécialiste ne sera en aucun cas le médecin traitant » (1).

Mais la rédaction des certificats exige « un examen préparatoire méthodique et complet des postulants. Si en temps de paix ce certificat peut être rédigé devant le Conseil d'administration du corps sans séance préparatoire, il ne saurait en être ainsi dans les circonstances actuelles. En effet, outre le nombre des postulants, la complexité des lésions et des troubles fonctionnels mettent les médecins aux prises avec des difficultés parfois considérables de diagnostics et de pronostics » (2).

Examens préparatoires. — Chacun des blessés ou malades doit être examiné attentivement dans une série de séances préparatoires où seront arrêtés dans les termes les plus précis, conformément aux prescriptions de l'article 44 de l'instruction du 23 mars 1897, des projets de certificats d'examen.

Ces projets rédigés au jour le jour, sans hâte, seront classés

(1) Circulaire du Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé n° 39 Ci/7 du 15 mars 1916.

(2) Ibidem.

en attendant la réunion du Conseil d'administration du corps chargé de l'instruction et de la centralisation de toutes les pièces du dossier (1).

Commissions régionales médico-légales. — A ce moment fonctionnaient les commissaires régionaux d'expertises médico-légales, véritables missi dominici délégués par le ministre pour prendre connaissance des projets de certificats d'examen et s'assurer que les propositions sont conformes aux lois et règlements, aussi bien au point de vue du taux et du mode d'indemnisation qu'à celui de l'aptitude physique au service. Les commissions régionales d'expertises médico-légales ont été supprimées récemment (2).

Nous n'avons vu intervenir jusqu'alors aucune des autorités légales auxquelles incombe la tâche d'émettre un avis ou de prendre une décision sur les effets légaux que comportent les blessures ou infirmités. Tous ces travaux préparatoires sont effectués pour faciliter la besogne des médecins-experts et des commissions de réforme et pour leur permettre d'apprécier en connaissance de cause. De même qu'un ingénieur ne peut édifier solidement que sur des fondations solides, de même les Commissions de réforme ne peuvent fonctionner utilement qu'autant qu'elles disposent de preuves solides et de documents scientifiques indiscutables, autant du moins qu'il est humainement possible d'apporter des preuves indiscutables. Toutes ces mesures ont été prises non seulement dans l'intérêt de l'Etat et pour le bien du service, mais encore et surtout dans l'intérêt des blessés qui n'ont rien à perdre mais tout à gagner à subir l'examen successif de plusieurs médecins, pour qu'aucun détail ne passe inaperçu, que rien ne soit laissé au hasard.

Commission d'examen. — Tous ces examens préparatoires ont singulièrement facilité la tâche de la Commission d'examen. Cette Commission est prévue par l'article 10 de l'or-

(1) Circulaire du Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé nº 39 Ci/7 du 15 mars 1916.

(2) Circulaire du Sous-Secrétaire d'Etat nº 412 Ci/7 du 31 janvier 1917.

donnance du 2 juillet 1831, rendue en exécution de la loi du 11 avril 1831 (1).

Elle comprend :

1° Les membres du Conseil d'administration du corps instructeur (actuellement le corps le plus voisin du centre de réforme liquidateur) ;

2° Le sous-intendant militaire ;

3° Deux médecins experts.

Quand se réunit la Commission? « Aux jours fixés d'avance et pratiquement trois ou quatre jours avant la réunion de la Commission de réforme, le Conseil d'administration du corps instructeur se rendra à l'hôpital-dépôt (centre de réforme). Les médecins examinateurs lui présenteront un à un les postulants. L'examen des postulants, en présence du Conseil d'administration, sera complété par la lecture des projets de libellé de certificat. Puis les certificats seront établis et signés. Le Conseil d'administration ou son délégué établira le procès-verbal d'examen et fera signer l'intéressé à ce procès-verbal » (2).

Authentification dactyloscopique des signatures. — La signature de l'intéressé sera authentifiée par l'apposition de ses empreintes digitales, index et médius droits (ou gauches s'il est amputé). « Cette mesure est légitimée par l'incapacité de signer dans laquelle se trouvent certains militaires et notamment les indigènes. Et d'autre part, il peut y avoir dans le présent et dans l'avenir des substitutions de personnes par similitude de nom ou toute autre cause » (2).

Il arrive que des militaires, mécontents de la solution prise à leur égard, refusent de signer les certificats d'examen et de vérification.

Le refus n'a aucune portée juridique ou autre : le sous-intendant qui assiste les différentes commissions peut faire la preuve que toutes les mesures légales d'examen en séance ont été observées.

Certificat de vérification. — Les médecins-experts char-

(1) *B. O.* Volume 66[1], Pensions militaires.
(2) Circulaire précitée (39 C*i*/7).

gés de la vérification doivent, comme les médecins de l'examen, prendre tout le temps nécessaire pour visiter les malades. « La rédaction de ce certificat sera confiée au médecin chef de la Place et à un chirurgien dûment qualifié à cet effet, d'un grade au moins égal à celui des médecins examinateurs et d'ancienneté supérieure ».

« Les médecins vérificateurs se rendront à l'hôpital-dépôt la veille ou l'avant-veille du jour où doit se réunir la Commission de réforme. Après avoir pris connaissance du dossier, en une séance préparatoire, ils visiteront les intéressés afin de rassembler les éléments qui leur serviront devant la Commission de réforme à établir le certificat de vérification ».

« Ainsi documentés dans des conditions particulièrement favorables de calme et d'observation, les médecins vérificateurs procéderont aux formalités légales devant la Commission spéciale de réforme à qui il appartient de dresser le procès-verbal de vérification et de faire au ministre les propositions finales » (1).

Commission de réforme. — La Commission de réforme est chargée :

1° de prendre *une décision* sur la situation militaire des malades ou blessés,

2° de soumettre au ministre des *propositions* sur le taux et le mode d'indemnisation à adopter dans chaque cas spécial.

Les dossiers de pension et de gratification sont transmis au ministre qui, avant de statuer, et en vertu de l'article 26 de l'ordonnance du 2 juillet 1831, demande au point de vue médical l'avis du Comité technique de santé (Commission consultative médicale, voir page 38) et au point de vue légal celui du « Service général des pensions ».

La gratification est concédée par une décision ministérielle.

Les dossiers de pension, une fois liquidés, sont communiqués au ministre des Finances et au Conseil d'Etat.

En résumé, les améliorations apportées sont les suivantes :

1° Création d'organes nouveaux pour procéder au triage des blessés ;

(1) Circulaire précitée (39 C*i*/7).

2° Affectation de certains médecins aux expertises médico-légales ;

3° Limitation du nombre des commissions de réforme appelées à faire des propositions de pension ou de gratification ;

4° Multiplicité des examens pour éviter les solutions hâtives et les erreurs de diagnostic.

Il nous reste à étudier les différents organes mentionnés dans cette vue d'ensemble.

I. — COMMISSION SPÉCIALE DE RÉFORME

Composition. — La Commission de réforme se compose :

1° d'un général de brigade, président, en principe le général commandant la subdivision, qui peut être remplacé par un officier supérieur du grade de colonel ou de lieutenant-colonel, au moins ;

2° d'un fonctionnaire de l'intendance militaire ;

3° d'un commandant de bureau de recrutement ou de son capitaine-adjoint ;

4° de l'officier commandant la gendarmerie de l'arrondissement.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le major et le médecin-chef de service des corps intéressés assistent la Commission pour l'éclairer. Le nombre des Commissions de réforme chargées de faire des propositions de gratification a été limité à 4 au maximum par région territoriale, alors que précédemment il en existait une par subdivision.

Attribution. — La Commission de réforme jouit des attributions suivantes :

1° Elle *prononce* la réforme temporaire ou la réforme définitive ;

2° Elle *émet un avis* sur l'aptitude au service auxiliaire des militaires inaptes au service armé et sur les propositions de changement d'arme pour inaptitude physique ;

3° Elle soumet au ministre des *propositions* sur la concession

d'un congé de réforme n° 1 et éventuellement d'une gratification renouvelable, en indiquant le taux que lui paraît justifier l'infirmité ;

5° Elle constitue dans quelques cas une véritable Cour d'appel chargée de reviser et de casser au besoin les décisions des médecins de corps de troupe et des médecins du recrutement qui ont refusé un certificat d'aptitude physique à certains militaires demandant à contracter un rengagement.

Elle est assistée de deux médecins militaires, ou à défaut de médecins civils attachés aux hôpitaux civils.

Autant que possible l'un des médecins doit être du grade de médecin principal, ou au moins major de 1re classe.

Les noms des médecins désignés ne doivent jamais être divulgués.

Les médecins ont à donner un avis sur tous les cas qui peuvent leur être soumis.

Procès-verbal de la séance. — Le procès-verbal de la séance est établi par le sous-intendant militaire sur un registre spécial : il est signé en séance. Le sous-intendant en délivre des extraits. Il existe nombre de cas où l'on peut et doit recourir à ce renseignement.

Exemple : un ancien militaire impute au service une affection pour laquelle il a été réformé. Ou bien, un militaire rappelé sous les drapeaux plusieurs années après une réforme, impute au service une infirmité dont il est atteint. Il y a intérêt à connaître la cause de la maladie qui a motivé la réforme antérieure : le diagnostic peut toujours être fourni par le sous-intendant de la subdivision de région où a été prononcée la réforme.

Rôle des médecins-experts. — Toutes les fois que les médecins-experts ont à examiner une infirmité, ils ont à se demander :

1° Si elle est ou non imputable au service ;

2° Si elle entraîne ou non l'impossibilité de servir et dans la négative quelle doit être la situation militaire de l'intéressé.

Instruction sur l'aptitude physique au service militaire.

Les médecins qui assistent les Commissions de réforme, les Conseils de révision, ou qui examinent les engagés volontaires

au bureau de recrutement, ont pour se guider l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire.

Cette instruction n'est qu'un guide : « elle a une valeur indicative, non impérative. Elle ne constitue pas un code de prescriptions absolues, mais une source d'indications rationnelles » (1).

Ouvrons-la : prudemment, sagement, elle vient au secours de certaines inexpériences. Elle est toujours de bon conseil ; elle ordonne rarement, sauf dans certains cas précis ; ainsi : « La tuberculose pulmonaire, nettement confirmée, quel qu'en soit le degré, *nécessite* l'exemption et la réforme définitive ».

La nouvelle édition, arrêtée à la date du 20 décembre 1916, a aggravé les conditions d'exclusion de l'armée, d'abord en n'accordant l'exemption qu'après un traitement, même opératoire, et ensuite en faisant observer très justement « que les différentes armes comportent aujourd'hui tant de spécialités, qu'il est facile d'y utiliser les hommes atteints de défectuosités physiques ne dépassant pas un certain degré ». Même observation en ce qui concerne les affectations au service auxiliaire. « Il a été reconnu que le service auxiliaire où se rencontrent une si grande variété d'emplois d'ordre manuel ou intellectuel, est compatible avec des tares accidentelles ou congénitales considérées jusqu'à présent comme des motifs d'exemption ».

Mais il est un point sur lequel l'instruction n'a pas varié, c'est que ni dans le service armé, ni dans le service auxiliaire, il ne faut accepter des hommes faibles de constitution. On trouvera également sur ce sujet, dans un volume du B. O. (2), une circulaire impérative sur le renvoi éventuel dans leurs foyers des malingres, lors de l'incorporation des classes.

Il y a lieu de remarquer que pour les affections des organes spéciaux (oreilles, larynx, nez, œil) « les décisions ne peuvent être prononcées qu'après l'examen de médecins spécialistes, et qu'une décision définitive ne peut être prise qu'après une année écoulée, sauf dans le cas où il pourra être certifié d'une façon

(1) Toutefois la loi du 27 février 1917, relative à la visite des exemptés et réformés, prescrit que dans ce cas spécial « les Commissions de réforme devront suivre rigoureusement les indications de l'Instruction sur l'aptitude physique au service militaire ».

(2) Volume 68^4, article 18.

absolue que les lésions constatées ne sont susceptibles d'aucune amélioration ».

Les lésions oculaires donnent lieu à un certain nombre d'observations que nous indiquons plus loin (voir gravité). Rappelons seulement pour le moment que la nouvelle instruction autorise l'emploi de verres sphéro-cylindriques. Il y a là un progrès considérable, qui a permis la récupération d'un grand nombre d'hommes valides, aptes à faire un excellent service armé, puisque la gêne fonctionnelle a disparu en grande partie grâce à l'emploi de verres spéciaux, qui d'ailleurs doivent être choisis par des spécialistes. Nous insistons sur la remarque suivante : les médecins experts ne doivent jamais prendre une solution définitive sur les amétropes sans les avoir soumis à l'examen d'un expert qualifié. Une circulaire spécifie même que « le résultat de l'examen sera consigné par l'expert lui-même sur le livret individuel de l'intéressé et par le médecin du corps sur un des registres de l'infirmerie, avec indication en toutes lettres et non en chiffres du degré d'acuité visuelle et du numéro de verres nécessaires ».

L'instruction nouvelle ne craint pas d'entrer dans des détails cliniques, pour supprimer les abus qui pouvaient résulter d'une trop large interprétation du texte ; c'est ce qui a lieu notamment pour les hernies, l'hypertrophie du cœur, etc., etc.

Pour les lésions traumatiques, elle fait ressortir nettement cette notion, que la décision doit être inspirée non pas par la lésion initiale, mais par la gêne fonctionnelle qui persiste. « La fonction est parfois très satisfaisante avec un membre modérément déformé et raccourci ». « Aux membres supérieurs, il y a lieu de faire la distinction entre le membre actif et le membre passif ; telle infirmité, qui à droite ne serait pas compatible avec le service militaire, peut permettre, dans les cas où elle siège à gauche, le classement dans le service auxiliaire ou même dans le service armé ».

L'instruction aggrave également les conditions d'exclusion pour les lésions et mutilations des doigts : c'est ainsi que l'amputation du pouce est compatible avec le service auxiliaire.

Nous appelons spécialement l'attention sur la Circulaire du Sous-Secrétariat d'Etat n° 336 C*i*/7 du 30 novembre 1916, relative à l'examen médical spécial imposé aux militaires qui demandent à servir dans l'aéronautique comme aviateurs.

Certaines affections, suivant qu'elles résultent ou non du service, justifient une solution différente. L'amputation du pouce, l'énucléation ou la perte de la vision d'un œil, ouvrent des droits à la pension de retraite et conséquemment entraînent la réforme lorsqu'elles sont imputables au service militaire. Elles sont compatibles avec le service dans tous les autres cas. Nous en donnerons les raisons (voir pages 117 et 135).

En résumé, l'Instruction sur l'aptitude physique s'est inspirée de deux grands principes, à savoir : que toute infirmité dangereuse pour la collectivité nécessite l'élimination immédiate de l'armée ; dans tous les autres cas, il faut user de prudence avant de proposer la réforme définitive.

Toutefois, « user de prudence » ne consiste pas à pousser le raisonnement jusqu'à l'absurde. C'est par l'habitude et comme en toute profession, par l'expérience, que peu à peu on arrive à connaître les infirmités compatibles ou non avec un service actif, et pour chaque infirmité le degré qu'elle doit atteindre pour justifier la réforme.

Au début des hostilités, la réforme définitive était prononcée trop facilement ; à la suite d'observations répétées, par un effet contraire, la réforme temporaire a joui d'une faveur spéciale. S'il est vrai que « les experts tirent encore quelque service d'un cheval rétif et poussif », il n'a jamais été dans l'intention de la nouvelle instruction de faire adopter la réforme temporaire pour une péritonite tuberculeuse à la dernière période, ou pour une large trépanation crânienne avec des attaques d'épilepsie.

Dossier médical. — Sa constitution. — Toutes les fois qu'un militaire est présenté devant une Commission de réforme pour une infirmité contractée au service, il doit être établi un dossier médical.

Le dossier médical comprend « l'ensemble des documents qui permettent aux experts du premier degré comme à la Commission consultative médicale, d'apprécier en connaissance de cause la nature exacte des maladies ou infirmités, leur rapport avec le service militaire et dans l'affirmative le taux et le mode d'indemnisation à proposer. »

Il semble qu'un dossier médical devrait se constituer naturel-

lement, par l'apport successif de tous les documents dont l'établissement a été nécessaire au cours du traitement.

Bien souvent ces documents n'ont pas été établis, et en l'absence de toutes pièces, il incombe aux médecins qui soignent en dernier lieu le malade ou le blessé, de prendre les mesures nécessaires pour hâter la constitution des dossiers et ne pas prolonger inutilement la durée du séjour dans les hôpitaux.

« Dès qu'il leur paraîtra évident qu'un militaire en traitement est susceptible à sa sortie de l'hôpital d'être proposé pour l'admission à la pension ou à la réforme n° 1, les médecins devront se procurer les pièces administratives nécessaires.

Il en sera de même des documents d'ordre médico-chirurgical qu'ils feront parvenir sous pli fermé au médecin-chef du Centre de réforme le plus voisin » (1).

En principe, le médecin-chef du Centre de réforme devrait donc recevoir un dossier constitué. En réalité, il n'en est pas ainsi, et c'est en partie pour remédier à l'encombrement des formations qu'une circulaire (120 C*i*/7, 1er juin 1916) a autorisé l'envoi en congé renouvelable des militaires en instance de gratification ou de pension dont le dossier n'a pu être constitué à temps.

Un dossier bien constitué « doit grouper, en l'absence de certificat d'origine régulier, tous les documents authentiques, tels que fiche d'évacuation, billet d'hôpital, feuille d'observation médicale, etc., capables d'en tenir lieu ou de le compléter. Il contient en outre des rapports de spécialistes dûment qualifiés (ophtalmologistes, otorhinologistes, neurologistes, etc.), les résultats des examens électriques, des analyses chimiques ou bactériologiques, des épreuves radiographiques, en résumé tous les éléments nécessaires et indispensables pour juger de l'origine, de la gravité, de l'incurabilité ou de la non-incurabilité des infirmités en cause ».

Les différents experts chargés de donner un avis ont l'avantage de pouvoir vérifier les pièces du dossier tout en procédant à un examen clinique. Ils ne doivent pas oublier que la Commission consultative médicale, le Ministre et parfois le Conseil d'Etat n'apprécient que sur pièces et qu'en conséquence toute affirma-

(1) Circulaire 39 C*i*/7.

tion clinique doit être appuyée de documents scientifiques, chaque fois que la chose est possible ; une paralysie ne laisse plus aucun doute lorsqu'elle est démontrée par un examen électrique récent.

Ce n'est pas l'accumulation de documents qui constitue une preuve, c'est la valeur de chacun d'eux. Une radiographie prise au début ou au cours du traitement d'une fracture ne peut plus appuyer une demande de pension formulée parfois un an plus tard ; il faut une épreuve nouvelle. Toute épreuve radiographique devrait porter la date à laquelle elle a été pratiquée et être interprétée.

Les pièces les plus nécessaires dans un dossier sont, non pas celles qui indiquent l'évolution de la maladie, mais celles qui établissent l'état du blessé au moment où il est l'objet d'une proposition.

En présence d'un dossier, les experts devraient, avant tout examen clinique, se demander quelle solution ils adopteraient s'ils étaient obligés de se prononcer sur pièces ; ils pourraient alors se faire une idée de la difficulté qu'il y a à juger sans documents probants. Ils verraient que souvent les pièces constitutives d'un dossier sont en désaccord et parfois en contradiction ; une fracture, par exemple, est signalée avec des degrés de raccourcissement variant du simple au double. La même infirmité est considérée comme incurable ou non incurable par deux médecins traitants différents. Pour éviter un supplément d'enquête, les experts doivent dans leurs certificats indiquer nettement ceux des documents qui répondent à la réalité.

Refus de traitement. — Les médecins-experts ont également à donner leur avis dans tous les cas de refus de traitement. La question n'est pas neuve ; elle a repris un regain d'actualité depuis le début des hostilités. L'Académie de Médecine s'en est occupée ; le Ministre, dans une instruction publiée au *B. O.* le 15 avril 1915, a indiqué nettement, la conduite à tenir en cas de refus par des militaires, de traitements ou d'opérations reconnus nécessaires. En raison de son importance, cette circulaire doit être connue de tous les médecins traitants ainsi que des médecins-experts. Elle envisage toutes les situations et indique pour chaque cas une solution rationnelle et équitable.

Refus de nouvelle visite. — Il est arrivé que des malades ou blessés, en instance de pension ou de gratification, ont refusé de se soumettre à une nouvelle visite prescrite par le Ministre ou par le Conseil d'Etat à titre de contre-expertise.

Dans un cas similaire, en présence du refus du requérant de se soumettre à l'examen médical, ordonné à l'effet de rechercher si l'infirmité alléguée par le requérant le mettait hors d'état de pourvoir à sa subsistance, le Conseil d'Etat a rejeté la demande de pension (28 février 1902).

II

DÉCISIONS ET PROPOSITIONS DE LA COMMISSION DE RÉFORME

Inaptitude temporaire à faire campagne. — Elle est prononcée par la Commission de réforme, et ne peut avoir une durée supérieure à deux mois sans nécessiter une nouvelle présentation devant la Commission.

Changement d'arme pour inaptitude physique. — Les changements d'arme pour cause d'inaptitude physique sont prononcés par les gouverneurs militaires et généraux commandants des corps d'armée, après avis de la Commission spéciale de réforme.

La proposition initiale émane le plus souvent des médecins de corps de troupe. Il ne faut pas oublier qu'en formulant ces propositions, les médecins ne doivent pas chercher à « se débarrasser », sûrs à l'avance qu'ils vont embarrasser le corps voisin.

L'instruction sur l'aptitude physique indique, dans un tableau succinct, l'aptitude particulière que nécessitent les différentes armes. Les médecins-experts peuvent s'y reporter, mais c'est surtout par l'habitude qu'on arrive peu à peu à connaître les affections compatibles ou incompatibles avec une arme. Avant la guerre actuelle, les Commissions de réforme proposaient volon-

tiers les non-valeurs physiques pour le train des équipages ou pour les sections. Nous pouvons affirmer par expérience que dans les escadrons du train les hommes sont soumis à un service pénible ; mais lorsqu'il s'agit de classer un malingre dans les sections d'infirmiers, les médecins ne doivent pas hésiter à démontrer aux membres de la Commission de réforme l'erreur qu'ils vont commettre.

Toute proposition pour un changement d'arme doit être accompagnée d'un certificat de visite. Le médecin ne doit pas se contenter de certifier que le militaire est inapte au service de l'arme dans laquelle il est incorporé. Il faut encore qu'il atteste « *que les accidents ont pour résultat de rendre le soldat X... absolument impropre au service de (telle arme), mais qu'ils permettent en raison de sa constitution de l'utiliser, et de préférence dans (telle arme)* ».

Service auxiliaire. — Le classement dans le service auxiliaire est réglé par la loi du 21 mars 1905, modifiée par celle du 7 août 1913, qui porte dans son article 19 : « Les jeunes gens dont l'état physique est suffisant pour qu'ils soient versés dans l'armée active, mais qui présentent une tare accidentelle ou congénitale les empêchant de faire du service armé, sont versés dans le service auxiliaire ».

Nous avons déjà dit, et nous répétons encore, que le service auxiliaire est compatible avec nombre d'infirmités, mais qu'en aucun cas il n'y faut verser des hommes faibles de constitution.

L'article 18 de la loi du 21 mars 1905 stipule que les jeunes gens « atteints d'une infirmité relative, sans que leur constitution générale soit douteuse, sont classés dans le service auxiliaire ».

Les médecins-experts trouveront, en cas de doute, des renseignements dans l'Instruction sur l'aptitude physique au service militaire.

En vertu de la loi Dalbiez, les chefs de corps ou de service et les commandants de dépôt peuvent, à tout moment, sur l'avis motivé du médecin-chef de service, présenter à la Commission spéciale de réforme, en vue de son passage au service armé, un homme du service auxiliaire présent sous les drapeaux, quelles que soient les conditions dans lesquelles cet homme a été classé

dans le service auxiliaire, et les visites et contre-visites qu'il a pu subir antérieurement.

Le classement dans le service auxiliaire peut être motivé soit pour une infirmité indépendante du service, soit pour une affection contractée au service, mais ne présentant pas la gravité suffisante pour justifier la réforme. Dans ce cas, la proposition de gratification ne sera instruite qu'en fin d'hostilités, sauf pour les militaires remplissant certaines conditions d'âge ou de famille qui les autorisent à rentrer dans leurs foyers.

Réforme définitive. — « Tout homme figurant sur le registre-matricule qui est jugé hors d'état de faire un service actif en raison d'une infirmité ou d'une maladie le mettant dans l'impossibilité absolue de servir est libéré par la réforme définitive des obligations nées de l'acte ou de la disposition légale qui le liait au service » (1).

Il existe deux espèces de réforme définitive : la réforme n° 1 et la réforme n° 2.

Réforme n° 2. — « La réforme n° 2 est prononcée soit pour des infirmités antérieures à l'incorporation, soit pour des infirmités ou mutilations résultant de blessures reçues hors du service, soit pour des infirmités provenant de maladies ne résultant pas du fait des obligations du service militaire ».

La réforme n° 2 ne diffère de la réforme n° 1 que par l'origine. Donc, les mêmes motifs d'ordre médical justifient ou la réforme n° 1 ou la réforme n° 2, c'est-à-dire dans l'un comme dans l'autre cas la réforme définitive. Mais le militaire réformé n° 2 est libéré purement et simplement sans aucune indemnisation, alors que le militaire réformé n° 1 est indemnisé.

On peut donc voir une infirmité ou une blessure très grave et incurable justifier la réforme n° 2 parce qu'elle n'est imputable ni directement, ni par aggravation au service militaire. De même, on peut voir une infirmité entraînant une gêne fonctionnelle inférieure à 10 0/0, motiver la réforme n° 1, parce que l'origine est imputée au service militaire.

(1) *B. O.* Volume 68⁴, Commission spéciale de réforme, art. 11.

Prononcer la réforme définitive, c'est affirmer que la maladie entraîne à tout jamais l'impossibilité absolue de servir.

Or, la plupart des hommes ainsi dégagés de toute obligation militaire sont encore jeunes ; s'il est difficile d'établir toujours un diagnostic ferme, il l'est bien plus encore d'établir un pronostic définitif. Pourquoi vouloir engager l'avenir à tout jamais, alors qu'on dispose de la réforme temporaire ? Quel est le médecin militaire qui n'a pas fait réformer des soldats après une longue période d'observation et à l'infirmerie et à l'hôpital, avec la conviction que leur état les mettait dans l'impossibilité de servir. Plus tard, on les rencontre dans leur village, à l'occasion des manœuvres ou d'un Conseil de révision. Le séjour au grand air, le retour à la vie familiale ont permis à ces anciens déracinés de retrouver la santé et la vigueur. Après une série de leçons de ce genre, on devient plus prudent.

D'autre part, il semble que depuis le début des hostilités, en nombre de circonstances, la réforme nº 2 a été prononcée à tort pour des infirmités qui auraient paru motiver la réforme nº 1. Lorsqu'une infirmité est nettement imputable au service, une fois l'origine admise, on ne peut plus prononcer la réforme nº 2 pour cette affection.

Citons un exemple intéressant à plusieurs points de vue :

Un militaire, après un long séjour au front, est évacué pour une dysenterie, survenue peu de temps après un ensevelissement sous un éboulement de tranchées, qui l'a profondément affecté. Pendant le cours du traitement de sa dysenterie, cet homme, sans antécédents héréditaires ou collatéraux, présente des troubles cérébraux qui nécessitent son internement dans un asile d'aliénés. Il guérit, et la Commission de réforme prononce la réforme nº 2, bien que le médecin-chef de l'asile d'aliénés rattache au service les troubles cérébraux. En présence de ces éléments contradictoires, le dossier est transmis au médecin-chef d'un centre de psychiâtrie, qui après examen de l'intéressé et du dossier répond ce qui suit :

« 1º En ce qui concerne l'état actuel, X... peut être considéré comme guéri de troubles délirants qui ont motivé son internement et sa réforme. Il a retrouvé son entière capacité de travail ;

« 2º Pour ce qui est de l'origine de ces troubles, elle doit être nettement rattachée à un fait de service, l'éboulement de la

tranchée, dans laquelle X... s'est trouvé enseveli, ce qui a produit chez lui, au dire des témoins, une très grande frayeur.

« En effet, d'après les certificats établis à l'asile de... et à l'asile « de... « Psychose hallucinatoire subaiguë ; idées de persécution « et idées mélancoliques, état de terreur et d'angoisse », « délire « hallucinatoire avec idées de persécution ». X... a présenté un « délire de peur qui se rencontre très fréquemment dans ce qu'on « peut appeler « le prodrome émotionnel » provoqué par des « émotions intenses, comme celles qu'a dû éprouver cet homme « d'après les renseignements fournis par scs camarades.

« Les troubles mentaux légers au début se seraient atténués « pour reprendre avec une très grande intensité à la suite d'une « crise d'entérite fébrile. Et des rechutes de ce genre, lorsqu'une « affection intercurrente diminue la résistance de l'organisme et en « particulier la résistance cérébrale, sont aussi très communes.

« On peut donc affirmer que la cause de la crise délirante a « bien été l'éboulement de la tranchée, d'autant plus que l'on ne « trouve chez X... aucun antécédent personnel ou héréditaire « d'après les résultats de l'enquête.

« La solution qui aurait convenu à son cas eût été soit un long « congé de convalescence, soit une réforme temporaire (2e caté- « gorie) ».

En l'espèce, ni la réforme n° 2, ni la réforme temporaire, ni le long congé de convalescence ne paraissent indiqués. En effet, une circulaire ministérielle du 3 juin 1897 (1), qui n'a pas été abrogée, prescrit « qu'il convenait d'exclure de l'armée tout homme atteint d'aliénation mentale, alors même que l'incurabilité de la maladie ne serait pas certaine ». C'était donc la réforme définitive qui était indiquée ; mais comme la maladie était imputable au service, elle justifiait la réforme n° 1 ; d'autre part, la gêne fonctionnelle ayant complètement disparu, il n'y avait pas lieu de proposer un taux d'invalidité. Donc : réforme n° 1, permettant de réserver l'avenir, mais sans gratification, en raison de la guérison actuelle.

Certificats nécessaires pour la réforme n° 2. — La réforme n° 2 nécessite l'établissement d'un certificat de visite et

(1) *B. O.* Volume 83 dispositions diverses.

d'un certificat de contre-visite. Le premier est établi par le médecin qui a pris l'initiative de la proposition. Il peut, et il doit, dans son certificat, fournir tous les renseignements cliniques de nature à entraîner la conviction de la Commission de réforme. Sa conclusion doit être libellée ainsi qu'il suit :

« *Estimons que les accidents ci-dessus relatés ont pour résultat : l'impossibilité absolue de servir et de rentrer ultérieurement au service.*

La contre-visite est pratiquée par les deux médecins, qui assistent la Commission de réforme et qui rédigent un certificat de contre-visite portant les mêmes conclusions que le certificat de visite, quand les experts sont d'accord. Mais quand il y a désaccord, quand les experts de la contre-visite et la Commission de réforme jugent qu'il n'y a pas lieu à réforme, il est habituel de ne pas établir de certificat de contre-visite ; le président de la Commission inscrit seulement sur l'état modèle n° 1, qu'il remplit pendant la séance : « Maintenu ». Il devrait en être autrement, pour laisser à chacun la part de responsabilité qui lui revient.

Il peut se produire également que la Commission de réforme soit d'un avis opposé à celui des médecins, aussi bien au point de vue de l'origine que de la gravité ou de l'incurabilité. Supposons un militaire proposé pour la réforme n° 2 ; la Commission estime que l'infirmité est imputable au service. Le président de la Commission peut prescrire de préparer un dossier de proposition de réforme n° 1. Cet ordre doit être exécuté. Mais les médecins rédigent leurs certificats en prenant les conclusions que leur dictent les données scientifiques et leur conscience : ils admettent ou ils rejettent soit l'origine en service, soit la gravité de l'infirmité. C'est au Ministre qu'il appartient de trancher le différend.

Visite imposée par la loi Dalbiez. — Tout militaire réformé n° 2 doit, trois mois après sa mise en réforme, être visité à nouveau par une Commission de réforme, en vertu de l'article 3 de la loi du 17 août 1915, dite loi Dalbiez. Si cette Commission confirme la réforme n° 2, l'intéressé est dégagé de toute obligation militaire.

Secours accordés aux réformés n° 2. — La réforme n° 2 n'ouvre aucun droit à pension ou à gratification.

Toutefois, dans quelques cas particuliers, la loi accorde des subsides : ainsi « conformément aux dispositions de l'article 65 de la loi du 21 mars 1905, les sous-officiers, qui après avoir servi 5 ans au moins, comme rengagés, seront réformés avant d'avoir acquis des droits à la pension proportionnelle, toucheront pendant un temps égal à la moitié de la durée de leurs services effectifs, une solde de réforme égale au montant de la pension proportionnelle de leur grade » (1).

De même, tout militaire amputé ou devenu aveugle à la suite d'une infirmité non imputable au service doit être proposé pour un secours permanent (*B. O.* Vol. 74, article 259).

Enfin la loi du 9 décembre 1916 attribue des allocations temporaires mensuelles aux militaires réformés nº 2 dont la diminution de capacité de travail atteint 40 0/0. En raison de son importance, nous reproduisons cette loi, *in extenso*.

« Article premier. — Jusqu'à la promulgation d'une nouvelle loi générale sur les pensions militaires, les Ministres de la guerre et de la marine sont autorisés à allouer des allocations temporaires mensuelles de 30 ou de 50 francs, payables d'avance, aux militaires et marins réformés nº 2, et aux militaires et marins réformés à titre temporaire et non pourvus de gratification :

1º Si ces militaires et marins ont été incorporés pendant 60 jours au moins entre le 2 août 1914 et la date de la cessation des hostilités ;

2º Si leur infirmité a été aggravée par les fatigues, dangers ou accidents du service militaire, sous réserve de la preuve contraire à la charge de l'autorité compétente ;

3º Si le degré d'invalidité atteint ou dépasse 40 0/0 ;

4º S'ils ne sont pas hospitalisés aux frais de l'Etat.

Le même secours peut être alloué aux sous-officiers, caporaux et soldats versés dans le service auxiliaire et affectés à une classe non encore appelée, à la suite de blessures ou de maladies survenues au cours du service, dans les conditions déterminées ci-dessus.

Art. 2. — Cette allocation est accordée par les Ministres de la guerre ou de la marine pour une période de trois mois ou de six

(1) *B. O.* Volume 74, article 258.

mois, à dater de la demande de l'intéressé, après avis d'une commission spéciale.

Elle est renouvelable dans les mêmes formes.

Art. 3. — Pour l'application de la présente loi, un crédit spécial sera ouvert au budget des ministères de la guerre et de la marine, sous la rubrique : « Allocations temporaires mensuelles aux réformés nº 2 ».

Art. 4. — Au cas où, en vertu d'une décision spéciale ou de dispositions législatives nouvelles, le réformé nº 2, bénéficiaire d'une allocation temporaire, serait admis à pension ou à gratification, le montant des allocations perçues par lui sera imputé sur les arrérages de la pension ou de la gratification s'appliquant à la période pendant laquelle il aura perçu l'allocation, sans qu'aucune retenue pour trop-perçu puisse être opérée à son détriment.

Art. 5. — Un décret réglera la composition des commissions spéciales, les détails d'application de la présente loi, et déterminera les conditions dans lesquelles elle sera applicable à l'Algérie et aux colonies.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des Députés, sera exécutée comme loi d'Etat. »

Le paragraphe 2 de la loi donne lieu à discussion. En effet, si l'infirmité a été aggravée par les fatigues, dangers ou accidents du service militaire, ce n'est pas la réforme nº 2 qui aurait dû être prononcée, mais la réforme nº 1, car l'aggravation d'une infirmité à l'occasion du service engage la responsabilité de l'Etat au même titre que l'origine directe. Il nous semble que la loi a voulu, dans son paragraphe 2, obliger les experts à n'envisager que le degré d'invalidité, en mettant l'autorité compétente dans l'obligation de faire la preuve que l'aggravation présumée ne peut pas être imputée aux fatigues résultant d'une incorporation de 60 jours au moins.

Une instruction sur l'application de la loi a paru le 25 janvier 1917, fixant exactement le mode d'instruction des demandes, la composition de la Commission des allocations, qui comprend un officier supérieur, un sous-intendant militaire, un conseiller de préfecture, un officier du bureau de recrutement et deux médecins militaires appartenant à un centre spécial de réforme. « Dans le cas où les propositions de la Commission n'ont pas été prises à l'unanimité ou lorsqu'elles concluent au rejet de la demande ainsi

que dans le cas où le Ministre le juge utile, le dossier est soumis à l'examen de la Commission consultative médicale.

Le Ministre peut ordonner des suppléments d'instruction.

Sur le vu des pièces du dossier, et s'il y a lieu, de l'avis de la Commission consultative médicale, le Ministre statue et décide si le taux de l'allocation mensuelle sera de 50 ou de 30 francs, et si elle est accordée pour 3 mois ou pour 6 mois.

S'il apparaît à la Commission des allocations que l'homme serait susceptible d'être proposé pour une pension ou une gratification, elle n'a pas à se prononcer sur la question ».

Réforme nº 1. — L'article 13 de l'instruction sur les Commissions spéciales de réforme (1), spécifie d'une façon nette et précise les cas qui justifient la réforme nº 1.

Art. 13. — « Le congé nº 1 est délivré lorsque la réforme définitive a été prononcée par le Ministre, sur l'avis du Comité technique de santé et sur la proposition de la Commission spéciale, « soit *pour infirmités ou mutilations résultant de blessures reçues en service commandé, soit pour infirmités provenant de maladies contractées par le fait des obligations du service militaire, soit enfin pour infirmités antérieures à l'incorporation ou ne dépendant pas exclusivement d'une circonstance déterminée de service ayant cependant acquis, sous l'influence des conditions spéciales à la vie militaire, un développement entraînant l'incapacité de servir*.

« Les dossiers de proposition pour le congé nº 1, accompagnés, « s'il y a lieu, des pièces relatives à la gratification de réforme « renouvelable, sont transmis, par les présidents des commissions, aux généraux commandant les corps d'armée, qui après « vérification, les font parvenir au Ministre (Direction du contentieux et de la justice militaire ; Bureau des pensions et gratifications de réforme).

« Les dossiers sont soumis au Comité technique de santé, « qui examine en même temps si les infirmités invoquées peuvent réellement, par leur origine et leur nature, justifier la « délivrance du congé nº 1, et si, en raison de leur degré de gra-

(1) *B. O.* Volume 68¹.

« vité, elles doivent motiver l'allocation de la gratification renou-
« velable.

« Le ministre statue ensuite sur l'avis du Comité, et prononce, « à la fois, sur la réforme et sur la gratification ».

Nous répétons encore que la réforme n° 1 diffère uniquement de la réforme n° 2 en ce que les blessures et infirmités sont imputables à un fait de service, ou aux fatigues et obligations du service, soit directement, soit par aggravation.

La différence entre ces deux modes de sortie de l'armée est très importante.

Les congés de réforme n° 1 entraînent en principe l'allocation d'une gratification renouvelable, si les infirmités qui les ont motivées ont une gravité suffisante. Mais en supposant même qu'il n'y ait pas lieu à gratification immédiate, la concession du congé de réforme n° 1 ouvre ultérieurement des droits à gratification, si l'infirmité vient à s'aggraver.

Pourquoi le ministre s'est-il réservé le droit de statuer sur la délivrance des congés de réforme n° 1 ?

On en trouve les raisons dans une circulaire ministérielle du 15 avril 1899, qui figure encore dans les éditions anciennes du volume sur les Pensions et gratifications de réforme (1). Citons-en les passages principaux :

« Il arrive parfois que, au moment où le Comité technique de santé auquel les demandes de gratification doivent être soumises, vérifie la relation de cause à effet des infirmités alléguées, il reconnaît que la commission qui a décidé la réforme a imputé à tort aux obligations du service des infirmités qui n'en provenaient pas et qu'elle aurait dû par conséquent, prononcer la réforme n° 2 au lieu de la réforme n° 1 ».

« De plus, dans le cas où la réforme n° 1 a été justement prononcée, le Comité technique de santé est souvent d'un avis différent de celui des médecins assistant à la Commission de réforme, au sujet du degré de gravité des infirmités et conclut au rejet de la gratification qui avait été proposée et sur laquelle l'intéressé se croyait en droit de pouvoir compter en raison de la nature de sa réforme et de l'avis de la Commission. »

Le rejet par le Ministre d'une proposition de congé de réforme

(1) *B. O.* Volume 68[4].

nº 1 entraîne concession de la réforme nº 2. En conséquence, un militaire proposé à tort pour la réforme définitive nº 1 n'en reste pas moins réformé nº 2 si le Ministre rejette la proposition de la Commission de réforme. Actuellement, cette réforme nº 2 impose à l'intéressé la nouvelle visite prévue par la loi Dalbiez pour tous les militaires de cette catégorie.

Il arrive parfois qu'un médecin, chargé d'une contre-expertise, constate que la Commission de réforme a commis une erreur de diagnostic et de pronostic en proposant la réforme nº 1 ; dans ses conclusions, il évalue la gêne fonctionnelle à sa valeur réelle et conclut, soit à la réforme temporaire, soit au service auxiliaire, soit même au service actif. Le ministre peut modifier, ou même supprimer le taux d'invalidité, mais la réforme reste acquise.

Il n'en est plus de même dans le cas où une proposition de retraite est rejetée par le ministre. Dès lors, la situation de l'intéressé est à régler de nouveau, aussi bien au point de vue du taux d'invalidité qu'à celui de la destination à lui donner.

Règles administratives de la réforme nº 1. — Le développement que nous donnons à la question en étudiant la pension de retraite nous permet d'être bref sur ce point.

Toute proposition pour la réforme nº 1 exige la production d'un dossier, et dans ce dossier doivent figurer les pièces suivantes :

1º Un certificat d'origine ou toute pièce en tenant lieu ;

2º Un certificat d'examen ;

3º Un certificat de vérification.

Le certificat d'origine ne diffère en rien de celui qui est exigé pour la pension (Voir Origine).

Le certificat d'examen est établi, comme pour la pension de retraite, par deux médecins, en présence d'un Conseil d'administration et du sous-intendant militaire.

Le certificat de vérification est établi par deux autres médecins en présence de la Commission de réforme.

Pour éviter des redites nous étudions la rédaction des certificats en examinant la question des gratifications.

En quoi la réforme nº 1 diffère-t-elle de la pension de retraite ?

Au point de vue administratif :

1° Dans la réforme n° 1 il n'est pas établi de certificat d'incurabilité ;

2° La vérification de la réforme n° 1 a lieu en présence de la Commission de réforme ; celle de la pension de retraite a lieu en présence du général inspecteur ou de son délégué.

En fait, les propositions de pension peuvent être examinées à l'occasion des séances des Commissions de réforme, mais dans ce cas on ne voit intervenir que le général, président de la Commission et le sous-intendant militaire.

La Commission de réforme n'a pas qualité pour établir des propositions en vue de l'admission à la retraite. Mais si, par leur gravité et leur incurabilité, les blessures ou infirmités lui semblent justifier cette mesure, elle rend compte au général commandant la subdivision qui fait procéder, s'il y a lieu, à l'instruction nécessaire. Les Commissions de réforme ne doivent donc pas proposer pour la réforme n° 1 un militaire susceptible d'être proposé pour la retraite. Dans la réalité, c'est aux médecins-experts qu'il appartient d'éviter cette erreur (Voir : Conditions nécessaires pour la gratification).

En résumé, la réforme n° 1 indique que l'infirmité est imputable au service militaire et qu'elle ne réunit pas les caractères de gravité et d'incurabilité de nature à justifier la pension.

Mais la réforme n° 1 n'implique nullement la nécessité d'une gratification renouvelable.

La *réforme n° 1 est fonction de l'origine ;* la *gratification est fonction de la gravité.*

Réforme temporaire. — Art. 41 (1). — Les Commissions prononcent la réforme temporaire lorsqu'elles constatent que l'intéressé est atteint d'une affection *qui le met dans l'impossibilité absolue de servir actuellement, mais non de rentrer ultérieurement au service.*

On se reporte pour cette constatation aux indications contenues dans l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire.

Art. 43 (2). — « La loi du 21 mars 1905 prévoit deux catégories de réformés temporaires. »

(1) *B. O.* Volume 68[4].
(2) *Ibidem.*

La distinction établie par l'instruction entre les deux catégories est encore très importante actuellement dans ses conséquences, mais nullement pour les motifs qu'invoque cette instruction.

En temps de paix, en vertu de la loi de 1905, les réformés temporaires de la première catégorie étaient astreints, à l'expiration de leur congé, à compléter intégralement les deux années de service exigées par la loi. La réforme temporaire avait une durée d'une année ; elle ne pouvait être interrompue que sur la demande de l'intéressé sollicitant, soit son rappel à l'activité, soit la réforme définitive.

Au contraire, les réformés temporaires de la deuxième catégorie passaient dans la réserve en même temps que les hommes de leur classe, c'est-à-dire que le temps passé par eux en réforme temporaire leur comptait comme service accompli.

Cette distinction a disparu avec la loi de 1913. Une circulaire ministérielle du 17 mai 1913 autorise à proposer pour une gratification renouvelable les réformés temporaires dont l'infirmité est consécutive à un fait de service ou aux obligations du service. En fait, il était rare avant la guerre, de voir proposer une gratification dans ces conditions.

Actuellement, tous les réformés temporaires, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, sont soumis après trois mois à la contre-visite exigée par la loi Dalbiez ; s'ils sont maintenus dans leur position après cette nouvelle visite, ils ne sont plus examinés avant l'expiration de leur congé. A ce point de vue, il n'y a donc pas de différence entre les réformes temporaires de la première et de la deuxième catégorie, mais entre la première et la deuxième catégorie il existe la même différence qu'entre la réforme n° 2 et la réforme n° 1, c'est-à-dire que la réforme temporaire première catégorie, vise le cas où l'origine n'est pas imputable au service, alors que la deuxième catégorie est justifiée quand l'infirmité est consécutive soit directement, soit par aggravation à un fait de service ou aux obligations du service ; de sorte que pour établir nettement l'analogie qui existe d'une part entre ces deux modes de sortie de l'armée, et d'autre part les réformés n° 1 et n° 2, il serait logique de dénommer réforme temporaire première catégorie, ou réforme temporaire n° 1, celle qui trouve son origine dans le service, et

réforme temporaire deuxième catégorie ou réforme temporaire n° 2, celle dont l'origine est indépendante du service.

Ce que nous avons dit de la réforme n° 2 est exactement applicable à la réforme temporaire première catégorie ; ce que nous avons dit de la réforme n° 1 est applicable à la réforme temporaire deuxième catégorie. Dans le premier cas, la Commission de réforme prononce sur le vu de certificats de visite et de contre-visite. Dans le second cas, il est nécessaire d'établir un dossier avec certificats d'origine, d'examen et de vérification (Voir gratification renouvelable). Il en résulte que la réforme temporaire deuxième catégorie doit être proposée même dans les cas où le taux de la gêne fonctionnelle est inférieur à 10 0/0 ; la deuxième catégorie est fonction de l'origine et réserve l'avenir ; le taux de la gratification est fonction de la gravité et ne s'occupe que de l'état présent.

En vertu de la législation en vigueur, la réforme temporaire n'est applicable qu'une seule fois aux classes antérieures à 1913, alors que les classes postérieures à 1913 peuvent être l'objet de quatre décisions d'ajournement ou de réforme temporaire. Il y a là une lacune : nombre d'hommes, après une période d'une année, et faute de pouvoir être récupérés immédiatement, sont nécessairement réformés, alors qu'il eût suffi parfois de quelques mois pour obtenir la guérison (1).

Le dossier des militaires proposés pour la réforme temporaire avec gratification doit être constitué immédiatement, mais il ne sera instruit au point de vue de la gratification qu'après la visite imposée par la loi Dalbiez, si l'intéressé est maintenu dans sa position de réforme ; il n'y a d'exception que pour les militaires qui ne sont pas astreints à une nouvelle visite.

Nous avons déjà signalé (page 15 Instruction sur l'aptitude physique) que la réforme temporaire après avoir été oubliée, paraît avoir été appliquée dans la suite à des infirmités entraînant définitivement l'incapacité de servir.

Situation des officiers

Nous avons étudié jusqu'alors les différents modes de sortie de l'armée appliqués au personnel non officier. Nous avons vu

(1) Cette restriction est abrogée à la date 9 mars 1917 ; la réforme

que les sous-officiers, caporaux, brigadiers et soldats peuvent sortir de l'armée soit temporairement, soit définitivement, pour des infirmités qui sont ou imputables ou non imputables au service militaire. Les mêmes solutions ont été prévues pour les officiers ; ils peuvent sortir provisoirement de l'armée : c'est pour les officiers de l'active, la non-activité pour infirmités temporaires, et pour les officiers de complément la mise hors-cadres.

Un officier de l'armée active quitte l'armée définitivement pour une infirmité incurable mais sans rapport avec le service, par réforme.

Dans les mêmes conditions, un officier de complément est l'objet d'une radiation des cadres.

Enfin, tout officier (active ou complément) atteint à l'occasion du service d'une infirmité grave et incurable qui le met dans l'impossibilité de servir et de rentrer ultérieurement au service doit être proposé pour une pension de retraite.

En résumé, la mise en non-activité et la mise hors cadres correspondent à la réforme temporaire des hommes de troupe.

La radiation des cadres et la réforme correspondent à la réforme n° 2.

Examinons brièvement chacune de ces situations :

Non-activité pour infirmités temporaires. — Art. 256 (1). — « En principe, sont proposés pour la non-activité, à titre d'infirmités temporaires, les officiers qui, ayant été « pendant plus de six mois dans l'espace d'une année (pendant « plus de douze mois consécutifs pour les officiers des troupes « coloniales), sans faire de service pour raisons de santé, ne sont « pas en état de servir activement (1), et les officiers et assimilés « des troupes coloniales qui ne peuvent pas suivre leur tour de « service colonial après avoir été distraits de la liste de départ « pendant quatre périodes de trois mois (article 12 du décret du « 30 décembre 1903).

« Chaque proposition est accompagnée :

« 1° D'un rapport détaillé du Chef de Corps ou de Service fai-

temporaire est renouvelable pour tous les militaires non officiers pendant toute la durée de la guerre.

(1) Article 256 du Service Courant, *B. O.* Volume 74.

« sant connaître le temps que l'officier a passé, soit en congé de « convalescence, soit à l'hôpital ou à la chambre ;

« 2° Des certificats d'examen et de vérification constatant la « nature des infirmités et attestant qu'elles ne sont pas incura- « bles, mais que l'époque probable de la guérison ne peut encore « être indiquée ou qu'un congé de six mois paraît insuffisant « pour l'obtenir.

« Lorsque l'intérêt du service l'exige, le général de brigade « ou le directeur du service propose pour la mise en non-activité, « à titre d'infirmités temporaires, tout officier ou assimilé signalé « comme étant atteint de maladie ou d'infirmité devant le mettre, « pendant plus de six mois, hors d'état de faire son service, alors « même que cet officier ou assimilé n'aurait pas déjà été en « congé ou à l'hôpital pendant six mois.

« Pour les officiers de troupes coloniales, cette proposition « est faite lorsqu'ils se trouvent atteints de maladie ou d'infir- « mités devant les mettre, pendant plus de six mois, hors d'état « de faire leur service, étant déjà en congé de convalescence ou « à l'hôpital depuis six mois au moins.

« La proposition à établir, dans ce cas, doit être accompagnée « d'un certificat d'examen constatant que l'intéressé est atteint « d'une maladie ou d'une infirmité qui nécessiteront plus de « six mois de traitement et d'un certificat de vérification dans le « même sens.

« Le général de brigade ou le directeur du service est d'ailleurs « autorisé à proposer pour la non-activité, à titre d'infirmités « temporaires, les officiers absents de leur corps qui lui sont « signalés par le chef de corps, comme devant être éloignés « momentanément du service pour cause de mauvaise santé. « Dans ce cas, il transmet la pièce indiquée ci-dessus (n° 1) au « ministre, qui invite le général commandant le corps d'armée, « où se trouve l'officier absent, à le faire visiter et contre-visiter, « et à lui adresser directement (Bureau de l'arme) les certificats « d'examen et de vérification indiqués ci-dessus ».

Les certificats d'examen et de vérification doivent conclure ainsi qu'il suit :

« *En conséquence, estimons que les accidents ci-desus relatés ont pour résultat : de ne pas paraître incurables, mais qu'un congé de six mois serait insuffisant pour en obtenir la guérison*

et qu'ils nécessitent la mise en non-activité pour infirmités temporaires ».

Visite des officiers en non-activité. — Les officiers en non-activité sont visités deux fois par an, en présence du général commandant la subdivision territoriale, par deux médecins qui établissent un certificat de visite et de contre-visite. Si la situation n'a pas changé, on conclut au maintien de la non-activité. Si l'incurabilité est certaine, l'officier peut être examiné par un Conseil d'enquête, chargé de prendre une décision positive ou négative sur la réforme ; après trois années d'absence, le renvoi devant un Conseil d'enquête est obligatoire.

Rappel à l'activité. — Le rappel à l'activité donne lieu à l'établissement d'un certificat de visite et de contre-visite dont la conclusion sera : « *les accidents ci-dessus relatés ont pour résultat de permettre le rappel à l'activité.* » Le temps passé en non-activité pour infirmités temporaires ne compte pas pour l'avancement (loi du 14 avril 1833), mais il compte pour la réforme ou la retraite ».

Mise hors cadres. — « Sont placés hors cadres : les officiers de réserve ou ceux de l'armée territoriale reconnus par les médecins militaires désignés à cet effet, incapables d'exercer leurs fonctions militaires pendant six mois au moins. Cette situation ne peut se prolonger plus de trois années. A l'expiration de la troisième année, les certificats médicaux concernant ces officiers sont examinés par le Conseil de santé des armées qui émet son avis sur la question de savoir s'il y a lieu de les rayer des cadres ».

Radiation des cadres. — La radiation des cadres peut être prononcée par décret du Président de la République sur le vu des certificats des médecins désignés à cet effet par l'autorité militaire et après avis du Comité consultatif de santé :

1° Pour tout officier reconnu atteint d'infirmités incurables ;

2° Pour tout officier placé hors cadres pour raisons de santé depuis plus de trois ans.

Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a lieu d'établir un cer-

tificat de visite et de contre-visite fixant nettement la gravité et l'incurabilité de l'infirmité et concluant à la radiation des cadres.

Réforme des officiers. — La réforme est la position de l'officier sans emploi qui, n'étant plus susceptible d'être rappelé à l'activité, n'a pas de droits acquis à la pension de retraite (Loi du 19 mai 1834, article 9).

La réforme est motivée soit par mesure de discipline, soit pour infirmité incurable. Nous n'avons à nous occuper que du second cas.

Art. 254 (1). — « Sont proposés pour la réforme, conformément « aux articles 9, 10 et 11 de la loi du 19 mai 1834 (E. M., 22) « les officiers, qui n'ayant pas 25 ans de service effectif, seront « reconnus atteints d'infirmités incurables, dont les causes ne « rentrent pas précisément dans les circonstances spécifiées par « la loi du 11 avril 1831 pour le droit à la pension de retraite.

« La nature de ces infirmités est constatée dans les formes « déterminées en vertu de la loi du 11 avril 1831, par l'ordon- « nance du 2 juillet de la même année (E. M., 661), portant « règlement d'administration publique.

« Leur incurabilité est prononcée par les médecins à qui la « déclaration en est exclusivement attribuée par l'article 3 du dit « règlement. Cette déclaration doit précéder les examens pres- « crits par les articles 10 et 13 du même règlement et contenir « des explications sur le traitement auquel les infirmités ont été « préalablement soumises et sur son efficacité.

« Des officiers absents de leur corps pour cause de mau- « vaise santé, peuvent être proposés pour la réforme à titres « d'infirmités incurables. Le général commandant le corps « d'armée adresse, à leur égard, un rapport motivé au ministre, « qui invite le commandant du corps d'armée, où se trouve « l'officier, à faire instruire la proposition de réforme, et à lui « transmettre directement (Bureau de l'arme) le résultat de cette « instruction.

« Lorsque les officiers réunissant vingt-cinq ans de service « effectif (sans avoir six ans de navigation ou de colonies, pour « les officiers de troupes coloniales) se trouvent atteints d'infir-

(1) *B. O.* Volume 74. Service courant.

« mités incurables, il y a lieu de proposer leur mise en non-« activité pour infirmités temporaires, ou leur maintien dans « cette position, s'ils y sont déjà, afin qu'ils puissent être admis « à la retraite par application de l'article 2 de la loi du 25 juin « 1861 (E. M., 66[1]), soit sur leur demande, soit d'office. Dans « ce dernier cas, la mise à la retraite ne peut être prononcée « qu'après au moins trois années passées en non-activité pour « infirmités temporaires ou, à titre exceptionnel, sur la demande « de l'officier intéressé (Note ministérielle du 16 octobre 1905, « E. M., 22). Dans l'un et l'autre cas, l'avis du conseil d'enquête « est indispensable. »

Établissement du dossier. — Dans tous les cas où la réforme est justifiée, le dossier comprend :

1° Un certificat d'incurabilité ;

2° Un certificat d'examen ;

3° Un certificat de vérification, c'est-à-dire les mêmes certificats qui sont exigés pour la pension de retraite. Mais alors que dans la pension, l'infirmité a été contractée au service, elle est dans le cas présent complètement indépendante du service militaire.

Donc le certificat d'incurabilité sera exactement semblable à celui qui est établi pour la pension (Voir page 136 Pension. Rédaction des certificats).

Les certificats d'examen et de vérification devront être libellés de façon à ne laisser aucun doute sur la gravité et l'incurabilité. Les conclusions seront libellées ainsi qu'il suit :

« *En conséquence, estimons que l'infirmité ci-dessus signalée a pour résultats :*

1° D'être incurable ;

2° Que sa gravité est telle qu'il en résulte pour M..., l'incapacité non-seulement de rester en activité de service, mais encore d'y rentrer ultérieurement ».

Les conséquences pratiques de la réforme pour infirmités sont les suivantes :

1° Un officier qui n'a pas accompli neuf ans de service n'a droit à aucun traitement.

2° Un officier qui a plus de neuf ans et moins de vingt ans de service perçoit une *solde de réforme* égale aux deux tiers du

minimum de la pension de retraite de son grade, pendant un temps égal à la moitié de la durée de ses services effectifs.

3° Un officier après vingt ans de service recevra une pension de réforme égale à un trentième du minimum de la retraite de son grade pour chaque année de service effectif. Cette pension est donc d'un taux moins élevé que la pension d'ancienneté et elle n'est pas réversible sur la veuve et les orphelins.

4° Après vingt-cinq ans de service, un officier ne peut plus être que retraité avec une pension égale au minimum de la pension de son grade, mais réversible.

Les dossiers relatifs à la non-activité, à la radiation des cadres et à la réforme des officiers, sont soumis à la Commission consultative médicale.

Les *officiers de complément* atteints d'infirmités imputables au service, mais ne justifiant pas la pension de retraite, se sont trouvés pendant longtemps dans une situation qui n'avait pas été prévue. La gratification renouvelable, qui ne vise que les hommes de troupe et les sous-officiers, ne pouvait donc pas leur être appliquée. Une circulaire du 21 avril 1916, complétée par une autre du 31 octobre, a apporté provisoirement une solution élégante.

« Les officiers de complément évacués des armées à la suite « d'infirmités provenant de blessures ou d'un fait de service, « mais ne présentant pas les caractères de gravité et d'incura- « bilité susceptibles d'ouvrir des droits à la pension de retraite, « seront, à l'avenir et jusqu'au vote de la nouvelle loi, maintenus « en activité, quelle que soit la durée de leur inaptitude et placés « en position de congé de convalescence, avec solde de présence « ou d'absence dans les conditions fixées par le décret de « 1er janvier 1915.

« Toutefois, ceux qui en feraient la demande. pourront s'ils « sont jugés inaptes à tout service, même à l'intérieur, être mis « hors cadres ou rayés des cadres pour raison de santé sur pro- « position conforme de leurs chefs hiérarchiques.

« Quant aux officiers de complément appartenant à la catégo- « rie visée au premier alinéa de la présente circulaire et qui ont « été rayés des cadres ou placés hors cadres entre le 1er janvier « 1915 et le 21 avril 1916, ils pourront sur leur demande être « réintégrés dans les cadres et recevoir dès lors, à partir de

« leur réintégration, application des prescriptions du premier « alinéa précité ».

Commission consultative médicale

La Commission consultative médicale a été instituée pour suppléer le Comité consultatif de santé, dont les membres ont été dispersés aux armées par les nécessités de la mobilisation. Ses attributions sont les mêmes que celles du Comité.

Depuis la loi du 11 avril 1831 et l'ordonnance du 27 juillet suivant, rendue en application de cette loi, les dossiers de propositions pour pensions sont soumis à l'examen et au contrôle du Comité (ou de la Commission consultative médicale) ainsi d'ailleurs que du Conseil d'Etat (Section des finances, pour la guerre, la marine et les colonies).

L'avis de la Commission consultative médicale, comme celui de tous les organes centraux et notamment du Conseil d'Etat, est émis sur pièces.

L'article 47 de l'instruction du 28 mars 1897, fixe ainsi qu'il suit le rôle du Comité technique de santé.

Rôle du Comité technique de santé.— Article 47. — « L'ordon- « nance du 2 juillet 1831, en statuant, par son article 26, que « les propositions de retraite à titre de blessures ou infirmités « seront communiquées au conseil de santé des armées (Comité « technique de santé) a entendu déférer à ce Conseil l'applica- « tion définitive des effets légaux qu'elles comportent, médica- « lement parlant. Le Comité technique de santé a donc seul « qualité pour juger, comme expert en dernier ressort au point « de vue médical, du rapport existant entre la nature de l'infir- « mité et la cause invoquée pour la justifier, ainsi que pour « déterminer la concordance entre les désordres fonctionnels « tels qu'ils sont décrits dans les certificats médicaux, et les « conclusions posées par les experts. C'est à lui qu'il appar- « tient, en cas de divergence d'opinion ou de désaccord entre « les experts, sur la valeur des désordres fonctionnels, de « trancher le différend, et son avis est prépondérant toutes les « fois qu'il croit pouvoir se prononcer sans avoir besoin d'un « supplément d'instruction.

« Toutefois, cet avis est purement consultatif ; en effet, le « pouvoir de décision n'appartient qu'au Ministre et, en appel, « au Conseil d'Etat statuant au contentieux ».

La Commission consultative médicale donne son avis dans les cas suivants :

1° Propositions de pensions et de gratifications de réforme pour blessures ou infirmités contractées en service ou aggravées en service.

2° Propositions de pensions de veuves et orphelins de militaires dont la mort a été causée par des événements de guerre ou des maladies contagieuses ou endémiques, aux influences desquels ils ont été soumis par les obligations de leur service.

3° Propositions de réforme ou retraite pour infirmités incurables des officiers de l'armée active ; mise en non-activité pour infirmités temporaires.

4° Propositions de retraite des officiers de complément. Evaluation de la gêne fonctionnelle lorsque l'infirmité ne justifie pas la pension.

5° Radiation des cadres pour infirmités incurables des officiers de complément.

6° Evaluation de la gêne fonctionnelle résultant des accidents du travail du personnel civil des établissements de la guerre.

Marche du mécanisme de présentation des dossiers. — Les dossiers de pension et de gratification sont constitués par les Conseils d'administration. Les malades ou blessés passent devant une commission d'examen et une commission de vérification, et sont proposés devant les commissions spéciales de réforme, soit pour une pension viagère incessible et insaisissable, soit pour une réforme n° 1, le plus souvent avec une gratification qui peut être renouvelable ou permanente Mais les commissions spéciales de réforme émettent seulement des avis et des propositions sur les affaires qu'elles soumettent au Ministre.

C'est à ce dernier qu'appartient la décision définitive, c'est-à-dire la concession, après avis des conseils techniques légalement consultés, des pensions viagères pour infirmités graves et incurables, ainsi que celle des gratifications pour infirmités moins graves, incurables ou non incurables.

Au début des hostilités, et longtemps encore après ce début,

nombre de médecins experts, par inexpérience, par méconnaissance des lois et règlements, confondaient pensions viagères et gratifications, soumettaient des propositions erronées, de nature à léser tantôt les intérêts de l'Etat, tantôt ceux des intéressés. D'où l'obligation pour la Commission consultative médicale ou le Conseil d'Etat de faire les rectifications nécessaires, quelquefois directement, presque toujours à la suite de suppléments d'instruction et de contre expertises confiées à des experts choisis en raison de leur compétence (professeurs ou spécialistes dans les centres de région de corps d'armée).

Les rectifications faites directement ont soulevé des protestations. Et cependant ? Un dossier comporte deux parties distinctes : l'une est réservée à la description de l'infirmité ; l'autre contient un avis au sujet du taux et du mode d'indemnisation résultant de cette infirmité. La première partie incombe aux seuls médecins experts : si elle est insuffisante, un supplément d'enquête, une contre-expertise est nécessaire. Pendant très longtemps il a fallu procéder à de nombreuses contre-expertises pour des descriptions insuffisantes.

Dans les dossiers reçus, on a trouvé au début, parmi tant d'autres, les rédactions suivantes, inscrites pour le moins d'une façon hâtive.

« Le malade est atteint d'œil de verre ».

« Amputation de la jambe gauche, au milieu de la cuisse ».

« Amputation du médius gauche par balle : cette plaie est indépendante de toute prédisposition constitutionnelle appréciable ».

« Enucléation de l'œil droit, ce qui équivaut à la perte de l'organe ».

« Cryptorchidie : cette mutilation n'est pas le résultat d'une blessure de guerre ».

« Communication des fosses nasales avec l'intérieur » (certificat d'examen), et : « communication permanente des fosses nasales » (certificat de vérification).

« Amputation de l'avant-bras droit : troubles fonctionnels consistant dans la perte de l'usage de la main droite ».

« L'intéressé est atteint de fracture ancienne de la jambe droite à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, avec légère induration du membre, constituée par une saillie du membre supérieur et un enfoncement du membre inférieur ».

« Fracture du fémur par balle, le fémur se trouvant sur la ligne du trajet parcouru par la balle ».

« Perte totale de la vision de l'œil gauche, par éclat d'obus, compliquée de décollement de la rétine et cicatrisée avec un leucôme Le blessé est porteur d'un œil artificiel ».

« Eclat d'obus de la face avec crevaison de l'œil gauche ».

Voici quelques exemples où la rédaction ne laissait rien à désirer, mais où une contre-expertise a démontré le mal fondé des premières propositions.

	PROPOSITION des Experts	CONTRE-EXPERTISE
Fracture de la jambe droite; raccourcissement de 3 cm. 5 ; direction vicieuse du membre.	Retraite 5e cl. Nº 58	Pas de raccourcissement ; pas de direction vicieuse ; gêne fonctionnelle de 4 à 5 p. 100.
Perte complète de la vision à droite ; diminution de l'acuité visuelle à gauche.	5e classe Nº 21	Vision normale ; apte au service armé.
Fracture du crâne ; atrophie de deux papilles.	80 p. 100 Réforme Nº 1	Ni fracture du crâne, ni troubles oculaires ; apte au service armé.
Surdité bilatérale par éclat d'obus.	Retraite 5e cl.	Apte au service armé.
Ankylose du coude droit ; paralysie radiale.	60 p. 100 Réforme Nº 1	Pas d'ankylose ; pas de paralysie ; apte au service armé.
Vaste éventration de la paroi abdominale non améliorable par une intervention.	20 p. 100	Retraite 5e classe, Nº 35.
Enfoncement et fracture de l'os frontal.	5e classe Nº 17	Cicatrice déprimée à la région frontale, sous laquelle on ne constate pas de perte de substance totale de la paroi : 20 p. 100.
Cal volumineux du cou-de-pied ; suite de fracture bi-malléolaire.	Retraite 6e cl. Nº 58	Entorse du cou-de-pied sans fracture, avec boiterie légère à caractère inconstant (10 p. 100).

	PROPOSITION des Experts	CONTRE-EXPERTISE
Amputation du pouce droit.	20 p. 100	Retraite 6e classe, N° 64.
Amputation du pouce gauche.	Retraite 6e cl.	Amputation du pouce au milieu de la première phalange : 20 p. 100.
Pseudarthrose lâche du maxillaire inférieur.	20 p. 100	Retraite 5e classe, N° 23.
Ankylose du genou.	40 p. 100	Attitude volontaire : 0 p. 100.
Rétrécissement de l'œsophage.	40 p. 100	Aucune lésion : 0 p. 100.
Perte de l'usage des deux membres inférieurs.	80 p. 100	Aucune lésion.
Fracture des condyles du fémur; ankylose du genou droit.	6e classe	Pas de fracture; pas d'ankylose ; 0 p. 100.
Ablation du médius, bronchite chronique.	50 p. 100	Pas de bronchite : 5 p. 100.
Hémianopsie droite.	30 p. 100	Pas d'hémianopsie : 0 p. 100.
Cicatrice de trépanation ; diminution considérable de la vision de l'œil gauche ; cicatrices au niveau du maxillaire supérieur ; ankylose partielle temporo-maxillaire.	Retraite 4e cl.	Pas de perte de substance osseuse. Vision normale ; léger défaut d'articulation des incisives ; sinusite maxillaire. Réforme temporaire : 20 p. 100.
Impotence du membre inférieur gauche.	60 p. 100	Simulation : 0 p. 100.
Tuberculose pulmonaire.	Retraite 5e cl.	Amaigrissement sans lésion : 20 p. 100.
Fracture de l'os coxal ; névrite sciatique.	6e classe N° 56	Lésion insignifiante de l'os iliaque ; contracture réflexe : 10 p. 100.

La deuxième partie du certificat, l'estimation d'invalidité, tout en dépendant de la première, est assujettie à des lois ou à des

règles de jurisprudence précises, qui s'appliquent à tel ou tel cas, déterminé par les lois et règlements.

Sur ce second point, les examinateurs du dossier, jugeant sur pièces, peuvent varier d'avis avec les médecins experts.

Sur ce fait important, l'estimation des incapacités, les médecins experts n'ayant pas pendant longtemps une doctrine uniforme, une commune mesure, variaient dans leurs appréciations du simple au double. Des instructions successives édictées par le Sous-secrétaire d'Etat du service de santé ont établi l'unité de doctrine.

Les médecins experts ont tous fait un stage à la Commission consultative médicale, pour se mettre au courant des lois et règlements ; l'édition d'un guide-barème a uniformisé les taux d'évaluation ; la création des centres spéciaux de réforme, véritables centres d'expertise, où fonctionnent des médecins spécialistes, a permis de perfectionner les dossiers *ab ovo* et l'expertise à son point de départ.

Actuellement il y a rarement désaccord entre les médecins experts et la Commission consultative médicale ; *lorsque ce désaccord vient à se produire, la Commission ne propose plus de réduction du taux d'invalidité sans faire procéder à une nouvelle expertise.*

Nous avons étudié jusqu'ici les différentes solutions que peuvent proposer les médecins experts. Résumons-les dans le tableau que l'on trouvera à la page suivante :

Maintenu *au* service armé Changement d'arme Service auxiliaire	avec gratification	(Dossier instruit en fin d'hostilités).
	ou	
	sans gratification	Origine non reconnue *ou* Taux d'invalidité inférieur à 10 p. 100.
Réforme temporaire	avec gratification	Origine reconnue. Taux variable suivant la gravité.
	ou	
	sans gratification	Origine non reconnue *ou* Taux inférieur à 10 p. 100.
Réforme n° 2	Origine non reconnue dans tous les cas. Pas de gratification. Secours possible (Loi du 9 décembre 1916).	
Réforme n° 1	avec gratification	Origine reconnue. Taux variable suivant la gravité.
	ou	
	sans gratification	Origine reconnue, mais taux d'invalidité inférieur à 10 p. 100.
Pension de retraite	Origine reconnue. Incurabilité. Gravité (rentre dans l'une des classes de l'échelle de gravité).	

Il nous reste à étudier maintenant les modes d'indemnisation, les réparations du préjudice résultant des infirmités imputables au service. Ces réparations sont de deux sortes : *les pensions et les gratifications*.

Elles ne diffèrent l'une de l'autre que par la gravité et l'incurabilité.

CHAPITRE II

LOI DE 1831

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La loi de 1831 envisage :

1° Les pensions de retraite pour ancienneté de service (titre I) ;

2° Les pensions pour cause de blessures ou d'infirmités (titre II);

3° Les pensions des veuves et orphelins (titre III).

Nous ne dirons qu'un mot des *pensions pour ancienneté*. Lorsqu'un militaire a droit à une pension d'ancienneté, mais qu'il présente en même temps des infirmités ouvrant des droits à pension, il doit être proposé au titre de la pension pour infirmités, même s'il n'a droit qu'à une pension de 6ᵉ classe, dont le taux en argent est celui de la pension d'ancienneté. C'est qu'en effet, en procédant ainsi, on permet ultérieurement à l'intéressé de demander, en cas d'aggravation, une classe supérieure, alors que si la pension était accordée pour ancienneté de services, le militaire ne pourrait plus, même en cas d'aggravation, demander la révision de sa pension.

Les pensions pour blessures ou infirmités sont réglées par trois articles :

Article 12. — « Les *blessures* donnent droit à la pension de « retraite lorsqu'elles sont graves et incurables et qu'elles pro- « viennent d'événements de guerre ou d'accidents éprouvés dans « un service commandé.

« Les *infirmités* donnent le même droit lorsqu'elles sont gra- « ves et incurables et qu'elles sont reconnues provenir de fati- « gues ou dangers du service militaire.

« La cause, la nature et les suites des blessures ou infirmités

« seront justifiées dans les formes et dans les délais qui seront
« déterminés par un règlement d'Administration publique.

Article 13. — « Les blessures ou infirmités provenant des causes énoncées dans l'article précédent ouvrent un droit immédiat à la pension, si elles ont occasionné la cécité, l'amputation ou la perte absolue de l'usage d'un ou de plusieurs membres.

Article 14. — « Dans les cas moins graves, elles ne donnent « lieu à la pension que sous les conditions suivantes :

1° « Pour l'officier, si elles le mettent hors d'état de rester en « activité, et lui ôtent la possibilité d'y rentrer ultérieurement ;

2° « Pour le sous-officier, caporal, brigadier et soldat, si elles « le mettent hors d'état de servir et de pourvoir à sa subsis- « tance ».

On ne pouvait pas dire davantage en moins de mots.

Toutes les infirmités ouvrant des droits à pension sont rangées dans six classes. La loi vise nominativement :

La 1re classe réservée à la cécité ;

La 2e classe réservée à l'amputation de deux membres ;

La 3e classe réservée à l'amputation d'un membre ;

La 4e classe réservée à la perte absolue de l'usage de deux membres ;

La 5e classe réservée à la perte absolue de l'usage d'un membre, ou aux infirmités qui y sont reconnues équivalentes ;

Enfin, dans la 6e classe, rentrent des infirmités moins graves, il est vrai, que les précédentes, mais qui doivent être incurables et présenter les conditions suivantes :

a) Pour l'officier, le mettre hors d'état de rester en activité et lui ôter la possibilité d'y rentrer ultérieurement ;

b) Pour le sous-officier, caporal, brigadier ou soldat, le mettre hors d'état de servir et de pourvoir à sa subsistance.

Donc, lorsque les infirmités ont occasionné la cécité, l'amputation d'un ou de deux membres, ou la perte absolue de l'usage d'un ou de plusieurs membres, le droit à pension est immédiatement ouvert à l'homme de troupe comme à l'officier. Le droit reste acquis alors même que le militaire serait, à titre exceptionnel, maintenu au service.

« Mais, si la blessure (ou l'infirmité) n'est pas de celles qui aux termes de l'article 13 de la loi du 11 avril 1831 ouvrent un droit immédiat à pension, et si le militaire restant néanmoins au

service ne le quitte que longtemps après, pour des motifs étrangers à son état de santé, il ne sera plus admis ultérieurement à invoquer des droits à la retraite en raison des dites blessures ou infirmités » (1).

5e Classe. — On a rangé dans la 5e classe de l'échelle de gravité les blessures ou infirmités provenant des accidents ou fatigues du service en campagne et du séjour prolongé dans les pays chauds, en estimant qu'il était juste de conserver à l'intéressé le bénéfice de ses années de services et de ses campagnes. Il ne faut pas oublier en effet que la 5e classe de l'échelle de gravité donne droit au minimum de la pension d'ancienneté, quelle que soit la durée des services. Chaque année de service, y compris les campagnes, ajoute à cette pension un vingtième de la différence du minimum au maximum d'ancienneté : le maximum est acquis à vingt ans de services, campagnes comprises.

Au contraire, la retraite de la 6e classe n'ouvre des droits qu'au minimum de la pension du grade augmenté d'un vingtième pour les années ou campagnes qui dépassent trente ans.

Présentons d'abord quelques considérations d'ordre général et pratique :

1° *La loi de 1831 s'applique à la réserve et à la territoriale.* — La législation de 1831 sur les pensions militaires date d'une époque où l'on se trouvait en présence d'une armée de carrière, ayant un caractère permanent ; elle a continué à s'appliquer, lorsque plus tard, le service obligatoire a été institué, et qu'à l'armée permanente s'est ajoutée l'armée de complément. Cette loi est donc applicable non seulement aux militaires de l'armée active, mais encore aux militaires de la réserve et de la territoriale, y compris les aumôniers militaires et les fonctionnaires de la Trésorerie et des Postes appelés sous les drapeaux en cas de guerre, ou accomplissant en temps de paix une période d'exercice ou un stage d'instruction.

2° *Différence entre la loi de 1831 et la loi sur les accidents du travail.* — Dans la loi de 1831, il n'est pas question, et il ne peut pas être question de diminution de la capacité de travail, alors qu'au contraire la loi de 1898 sur les accidents du travail repose uniquement sur cette notion totalement ignorée en 1831.

(1) Cretin, *Droit administratif*, page 204.

Toute la difficulté de conception de la loi de 1831 vient de l'erreur qui consiste, par un véritable anachronisme, à introduire la mesure de l'incapacité de travail, alors que, nous le répétons, cette notion toute moderne de l'incapacité de travail mesurée de 1 à 100 date seulement de la loi de 1898.

Les appréciations de la mesure des infirmités par les lois de 1831 et de 1898 sont donc dissemblables et ne peuvent être comparées. Certains documents officiels ont admis cette comparaison ; c'est la source de perpétuelles confusions et de malentendus. Il n'y a entre l'une et l'autre de ces lois aucune commune mesure.

3° *Taux.* — La loi de 1831 n'a pas été sensiblement modifiée par les lois postérieures, sauf en ce qui concerne les taux qui ont été relevés dans des proportions notables, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte en examinant les deux tableaux ci-joints :

Tarifs actuels des pensions pour les sous-officiers, caporaux et soldats de l'armée de terre (chiffres en romain) ; comparaison avec les tarifs en vigueur en 1870-71 (chiffres en italique).

GRADES	PENSIONS pour blessures ou infirmités		VEUVES ou orphelins	
	Minimum	Maximum spécial	Taux normal	Taux exceptionnel
	francs	francs	francs	francs
Adjudant-chef . . .	1.100	1.820	700	1.050
	»	»	»	»
Adjudant	1.000	1.690	650	975
	565	*995*	*191*	*383*
Sergent-major . . .	900	1.560	600	900
	465	*865*	*166*	*333*
Sergent	800	1.430	550	825
	415	*735*	*141*	*283*
Caporal	700	1.170	450	675
	385	*657*	*126*	*253*
Soldat.	600	975	375	563
	365	*605*	*116*	*233*

Tarifs actuels des pensions pour les officiers des armées de terre et de mer (chiffres en romain); comparaison avec les tarifs en vigueur en 1870-1871 (chiffres en italique).

GRADES	PENSIONS pour blessures ou infirmités		VEUVES ou orphelins	
	Minimum	Maximum	Taux normal	Taux exceptionnel
	francs	francs	francs	francs
Général de division.	7.000	12.600	3.500	5.250
	5 200	*9.000*	*1.950*	*3.900*
Général de brigade.	6.000	9.600	2.607	4.000
	3.900	*6.000*	*1.300*	*2.600*
Colonel	4.500	7.200	2.000	3.000
	3.120	*4.680*	*975*	*1.950*
Lieutenant-colonel.	3.700	6.000	1.667	2.500
	2.340	*3.744*	*780*	*1.560*
Chef de bataillon	3.000	4.800	1.333	2.000
	1.950	*3.108*	*648*	*1.296*
Capitaine 4e échelon.	2.900	4.680	1.300	1.950
Capitaine 3e —	2.700	4.440	1.233	1.850
Capitaine 2e —	2.500	4.200	1.167	1.750
Capitaine 1er —	2.300	3.960	1.100	1.650
	1.560	*2.544*	*530*	*1.060*
Lieutenant 4e échelon.	2.300	3.960	1.100	1.650
Lieutenant 3e —	2.150	3.780	1.050	1.575
Lieutenant 2e —	2.000	3.600	1.000	1.500
Lieutenant 1er —	1.850	3.420	950	1.425
	1.120	*2.016*	*420*	*840*
Sous-lieutenant 2e —	1.800	3.360	933	1.400
Sous-lieutenant 1er —	1.500	2.760	767	1.150
	840	*1.680*	*350*	*700*

La loi a subi d'heureuses modifications en ce qui concerne les droits à pension des veuves et orphelins.

La jurisprudence du Conseil d'Etat a également donné plus d'extension aux termes « accidents éprouvés en service commandé ». Cette même jurisprudence a admis la notion de « l'aggravation » d'un état préexistant ou d'une maladie antérieure au

service, dans certaines conditions que nous envisagerons plus loin.

4° *On ne doit pas tenir compte du métier antérieur.* — L'incapacité de pourvoir à sa subsistance doit être appréciée uniquement d'après l'état de santé de l'intéressé, sans aucune distinction entre les divers corps de métier.

Les médecins experts n'ont donc pas à rechercher si la pension est justifiée du fait seul que l'intéressé se trouve dans l'impossibilité de reprendre son ancien métier. Inversement, ils n'ont pas non plus à rechercher si l'infirmité peut ou ne peut pas permettre d'exercer une autre profession aussi rémunératrice.

Le droit à pension résulte, en un mot, de l'infirmité, et uniquement de l'infirmité. La question de capacité ou d'incapacité professionnelle ne doit être envisagée que pour les officiers (Voir page 140).

5° *Conditions nécessaires pour justifier la pension.* — Quelles sont les conditions nécessaires mais suffisantes pour qu'une infirmité justifie le droit à pension? Elles sont au nombre de trois :

1° *L'origine* en service ;

2° *La gravité*, c'est-à-dire, pratiquement, que l'infirmité doit rentrer dans une des classes du tableau de classification des blessures ou infirmités ouvrant des droits à la pension, suivant les catégories fixées par les lois des 11 et 18 avril 1831.

3° *L'incurabilité.*

Nous allons examiner en détail chacun de ces points particuliers, en faisant remarquer *que la question d'origine est la même pour tous les modes d'indemnisation admis par la législation militaire* (*pensions ou gratifications*).

CHAPITRE III

ORIGINE ET FILIATION DES ACCIDENTS AYANT ABOUTI A L'INFIRMITÉ

I. — CERTIFICAT D'ORIGINE

Pièces et documents en tenant lieu. — Dans son article 12, la loi de 1831 prescrit que :

« Les causes, la nature et les suites des blessures ou infir-
« mités seront justifiées dans les formes et dans les délais qui
« seront déterminés par un règlement d'Administration publi-
« que ».

L'ordonnance du 2 juillet (1) rendue en exécution de la loi du 11 avril 1831, est nette et précise :

Art. 5. — Les causes des BLESSURES sont justifiées soit par les rapports officiels et autres documents authentiques qui auront constaté le fait, soit par les certificats des autorités militaires, soit enfin par une information ou enquête prescrite et dirigée par les mêmes autorités.

Art. 6. — Les dites justifications spécifieront la nature des blessures ainsi que l'époque, le lieu et les circonstances soit des événements de guerre, soit du service commandé où elles auront été reçues.

Art. 7. — Les causes des INFIRMITÉS seront justifiées soit par les rapports officiels et autres documents authentiques qui auront constaté l'époque et les circonstances de leur origine, soit par les certificats des autorités militaires, soit enfin par une information ou enquête prescrite et dirigée par les mêmes autorités.

(1) *B. O.* Volume 66[1], Pensions militaires.

En somme, la loi de 1831 et l'ordonnance du 2 juillet exigent des preuves, presque des certitudes, et ces preuvent doivent être fournies par l'autorité militaire.

L'instruction du 23 mars 1897, sur le service des pensions (1) qui interprète la loi et l'ordonnance de 1831, spécifie nettement la nature des preuves exigées.

Il nous paraît nécessaire de reproduire intégralement l'article 32 qui envisage presque toutes les situations :

Art. 32. — 1° « Aucune blessure ou infirmité, quelle que soit « sa gravité, ne peut ouvrir le droit à la retraite, s'il n'est pas « établi avec certitude qu'elle est imputable au service militaire « (Article 12 de la loi du 11 avril 1831).

2° « Pour les blessures de guerre ou les suites d'accidents « bien caractérisés, les justifications sont évidemment faciles à « fournir ; mais il est nombre de cas où l'origine des affections « invoquées ne peut être établie qu'après une étude des plus « minutieuses ; alors le certificat d'origine doit être accompagné « de rapports circonstanciés, procès-verbaux d'enquête, extraits « des registres d'incorporation, etc..., etc.

3° « Le certificat destiné à constater l'origine des blessures « ou infirmités invoquées pour le droit à pension est la copie « textuelle du registre à souche dont la tenue est prescrite dans « tous les corps et établissements par la décision présidentielle « du 19 mars 1902 (Circ. des 9 septembre 1903 et 16 avril 1904). « Il est toujours clair, précis et circonstancié ; il doit notamment « relater la date et le lieu de l'accident, la nature du service « commandé que l'intéressé accomplissait en ce moment, et la « relation de l'accident avec l'accomplissement du dit service.

« Toutefois la partie du certificat rédigée par les témoins ne « doit contenir que la relation complète des faits qu'ils ont vus, « en s'abstenant de toute indication médicale technique. C'est « aux médecins militaires qu'il appartient de mentionner aussi « exactement que possible, dans la partie qui leur est réservée, « le siège et la nature des lésions, conformément à l'indication « qui doit en être reportée sur le registre de blessures. Ils se « bornent à décrire minutieusement les lésions immédiates « résultant de la cause invoquée et ne visent pas les conséquen-

(1) *B. O.* Volume 66[1], Pensions militaires.

« ces ou complications qui pourront ou ont pu se produire ulté-
« rieurement. Pour ces cas spéciaux, un rapport circonstancié
« est annexé au certificat d'origine.

3° « Le certificat d'origine à joindre à une proposition pour la
« retraite, doit autant que possible, être contemporain des faits
« qu'il constate.

« S'il a été dressé après coup, ou s'il s'agit des infirmités ou
« maladies, ainsi que chaque fois qu'il ne s'agit pas d'un acci-
« dent nettement caractérisé, le Conseil d'administration du
« corps y joint un rapport complémentaire exposant : 1° Les
« motifs qui n'ont pas permis de l'établir plus tôt ; 2° la manière
« de servir et la position de l'intéressé depuis l'accident ; 3° les
« faits et témoignages susceptibles de lui donner le caractère
« d'authenticité voulue par la loi ; 4° un extrait des registres
« d'infirmeries, du cahier des malades à la chambre, d'une obser-
« vation médicale rédigée par le médecin-chef de service du
« corps ; 5° chaque fois que par la nature de l'infirmité invoquée,
« une prédisposition constitutionnelle est incriminée, le certificat
« d'origine est appuyé d'un procès-verbal d'enquête fait par la
« gendarmerie sur l'état de santé du militaire avant son incorpo-
« ration et sur celui de ses ascendants et collatéraux ; 6° si l'in-
« firmité résulte d'une maladie épidémique ou endémique, l'état
« épidémique ou endémique est constaté par des certificats
« authentiques émanant des autorités militaires ou civiles, ou de
« personnes compétentes ».

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer de la lecture de cet article ?

D'une façon générale, toutes les fois que la responsabilité de l'Etat peut être engagée, il est nécessaire d'établir une pièce d'origine. Donc, *ce que nous allons dire pour la pension de retraite au point de vue de l'origine s'applique à tous les cas d'accidents survenus ou d'infirmités contractées en service commandé.*

En principe, et dans tous les cas, il faut établir un certificat d'origine immédiatement après l'accident qui a provoqué une blessure ou après l'événement qui a pu causer une infirmité.

Lorsque ce certificat ne sera fourni qu'ultérieurement, on expliquera les motifs du retard, et on procédera à une enquête serrée, appuyée de tous les documents de nature à démontrer le bien fondé de la demande.

Rédaction du certificat d'origine

Un certificat d'origine comprend trois parties : l'une réservée aux témoins, la seconde au médecin, la troisième au Conseil d'administration.

1° **Rôle des témoins.** — Les témoins après avoir indiqué en toutes lettres l'heure, le jour, le mois et l'année de l'accident ou de l'événement, doivent simplement « relater les faits qu'ils ont vus, en désignant bien exactement la partie du corps atteinte, sans employer aucune indication médicale technique ».

Cette note qui figure sur tous les modèles réglementaires de certificat d'origine doit être lue bien rarement, car bien peu de certificats sont libellés aussi simplement que l'exige le règlement.

Quelques exemples nous feront mieux comprendre : Les deux certificats suivants ont été mal rédigés :

« Le trois décembre mil neuf cent quinze, à neuf heures du « matin, au moment où il se rendait avec sa batterie sur la cote « 315, le canonnier X... est tombé de cheval et a eu la cuisse « gauche fracturée par une roue de canon qui est passée sur les « deux membres inférieurs ».

« Dans la nuit du quatre au cinq décembre mil neuf cent qua- « torze, le soldat X... a été exposé à une pluie glaciale de une « heure à trois heures du matin, et a été atteint de pleurésie ».

Comment les témoins ont-ils pu savoir qu'il y a eu une fracture de cuisse ou une pleurésie ?

N'était-il pas plus simple et plus logique pour des profanes, de signaler : qu'une roue de canon est passée sur les deux membres inférieurs et que le blessé s'est trouvé dans l'impossibilité de se relever.

Dans le second exemple : qu'après une garde sous une pluie glaciale X... s'est plaint à son retour de frissons, de fatigue générale, et qu'il a dû être envoyé au poste de secours.

En résumé, ces vices de rédaction donnent aux certificats des apparences de complaisance, lorsqu'ils ne rendent pas suspects les témoignages eux-mêmes, qui paraissent avoir été reproduits sous la dictée de tiers (médecins ou autres).

Lorsque le certificat d'origine est établi ultérieurement, les témoins ne doivent signaler que ce qu'ils ont constaté à l'instant même où ils ont fait leurs premières constatations. Nous avons vu un certificat d'origine où les témoins affirment qu'un blessé a été atteint d'amputation de trois doigts par balle de fusil, alors que cette amputation avait été pratiquée plus d'un mois après la blessure.

Ces précisions exigées par les règlements paraissent un peu superflues. Les exemples que nous citerons plus loin prouveront le contraire.

2° **Rôle du médecin.** — Le médecin doit : « Décrire l'état du malade au moment où les premiers soins lui ont été donnés, en mentionnant aussi exactement que possible le siège et la nature des lésions ».

C'est donc à lui, et à lui seul, qu'il appartient de relater les lésions immédiates résultant de la cause invoquée.

Si le certificat d'origine est établi ultérieurement, ce même médecin se gardera bien de décrire les lésions telles qu'elles existent un ou plusieurs mois après l'accident ; il ne signalera pas, par exemple, dans les deux cas précédents : un cal volumineux du fémur gauche avec raideur du genou, ou une poussée aiguë de tuberculose consécutive à une pleurésie.

Ces faits ne concernent pas l'origine. Il devra se reporter par la pensée à son premier examen et décrire ce qu'il a vu à ce moment.

En résumé, le médecin doit établir un certificat à peu près analogue au certificat de premier constat exigé par la loi de 1898 sur les accidents du travail.

En principe, et dans la partie médicale qui lui est réservée, le médecin n'a pas à rechercher si le service qu'accomplissait l'intéressé était ou n'était pas un service commandé. C'est à l'autorité militaire qu'il appartient de renseigner le contentieux et souvent le Conseil d'Etat, à qui il incombe de trancher le différend.

Quelques exemples feront mieux comprendre notre pensée.

Un militaire se blesse par imprudence, en manipulant une grenade, ou en dévissant une fusée non éclatée ;

Un autre descend d'un train à contre-voie, malgré les ordres

les plus formels et se fait tamponner par un train arrivant en sens contraire ;

Un troisième est désarçonné par un cheval qu'il montait sans en avoir reçu non seulement l'ordre, mais même l'autorisation.

On pourrait multiplier les exemples à l'infini.

En principe, c'est au Commandement seul qu'il appartient de décider si le service accompli était ou n'était pas un service commandé ; réglementairement et théoriquement, le rôle du médecin consiste à vérifier si la blessure est ou n'est pas la conséquence de l'accident et à signaler les lésions immédiates résultant de la cause invoquée.

« La constatation de l'origine des blessures appartient, de par la loi, à l'autorité militaire. Celle-ci n'en doit jamais laisser le soin aux médecins qui ne doivent intervenir dans cette constatation, que pour établir, dans le sens médical, le rapport entre les faits originaires de l'infirmité et leurs résultats consécutifs (21 février 1853) ».

Mais, en réalité, surtout depuis le début des hostilités, il n'est pas possible d'établir une cloison étanche entre le commandement d'une part, et les médecins d'autre part. Dans une foule de circonstances, les médecins ont dû intervenir non seulement pour constater les rapports de cause à effet entre l'infirmité et la cause invoquée, mais encore pour provoquer des ordres à l'effet de rechercher si la cause elle-même, invoquée comme origine, était due ou non à un fait de service. Il ne peut pas en être autrement en raison de la multiplicité des questions soulevées par les faits de guerre et de la connexité étroite qui existe entre la question médicale et la question d'origine. C'est ainsi que, dans un des exemples précédents, le médecin constatera : « qu'à la suite de l'éclatement d'une grenade qu'il manipulait, le soldat a été atteint de perforation du globe oculaire ; qu'il appartient au commandement de décider si l'accident est dû ou non à un service commandé ».

Donc, toutes les fois que le médecin signataire d'une pièce d'origine aura des doutes sur le fait invoqué, il les exprimera, en en faisant connaître les raisons. Il appellera ainsi l'attention de l'autorité, ou plutôt des autorités chargées de soumettre au ministre des propositions.

Qu'est-ce qu'un service commandé ? Que faut-il entendre par : Accident survenu en service commandé ?

Chaque cas devient presque un cas d'espèce. Autrefois, la jurisprudence se montrait particulièrement sévère et exigeait pour reconnaître le droit à pension que le militaire ait été effectivement en service commandé au moment de l'accident.

Depuis la loi sur les accidents du travail, « un revirement s'est « produit dans la jurisprudence ; on a admis que les accidents « de la chambrée auxquels le soldat est exposé par suite de « l'obligation où il se trouve d'habiter les locaux militaires, font « partie, même lorsqu'ils ne sont pas survenus en service stric- « tement commandé, des dangers du service militaire, et sont « par suite susceptibles de conférer le droit à pension (1).

« Dans toutes les espèces où il n'y a pas faute de la part du « soldat, les accidents dont il est victime doivent être considérés « comme faisant partie des dangers du service militaire, et le « droit à pension doit lui être reconnu » (2).

C'est ainsi que les travailleurs militaires mis à la disposition des cultivateurs pour les travaux agricoles sont considérés comme exécutant un service commandé (3).

Ouvriers d'usines militarisés. — Au contraire, les hommes affectés à des établissements, usines ou exploitations privées travaillant pour la défense nationale, les hommes affectés dans les établissements de l'Etat seront régis par la loi de 1898 sur les accidents du travail (4) (Voir page).

Accidents survenus pendant des corvées, accidents de la chambrée, chûtes dans les locaux militaires et dans les cantonnements, chutes survenues en dehors des locaux militaires, accidents de voiture, de chemin de fer, de bateau, chutes de cheval, accidents d'escrime, actes de vengeance de la part d'inférieurs contre des sous-officiers ou des officiers, accidents de toutes sortes survenus à des soldats ordonnances ou à des soldats

(1) Tardieu, *Droit administratif*, page 129, art. 295.

(2) *Ibidem*, art. 296.

(3) *B. O.*, 22 mars 1916 et 6 octobre 1916.

(4) *B. O.*, 15 octobre et 24 novembre 1915, 26 décembre 1916, pages 433-563-1005.

employés dans les mess, les cantines ; accidents provoqués par manquement aux ordres donnés, ou survenus lorsque l'intéressé était en état d'ivresse, autant de cas d'espèces où le Conseil d'Etat a dû juger. Le médecin n'aura donc pas, le plus souvent, à s'immiscer dans ces questions autrement qu'en appelant l'attention du commandement. Il est des cas néanmoins où il doit intervenir : par exemple, si un militaire en état d'ivresse vient à se blesser, il est du devoir du médecin de signaler sur son certificat l'état d'ivresse, s'il l'a constaté.

Manquement aux ordres donnés. — « Lorsque l'accident dont a été victime un militaire a été occasionné par un manquement aux ordres donnés, ou par une faute lourde de sa part ou lorsque l'événement a été la conséquence du fait que l'intéressé se trouvait en état d'ivresse ou de rébellion, la jurisprudence se refuse en général à reconnaître le droit à pension (1) ».

En 1895, la pension n'a pas été accordée à un soldat, blessé en jouant chez l'ouvrier tailleur avec des capsules de fulminate qui se trouvaient dans la boîte de couture de cet ouvrier. Mais en 1916, la section des finances a reconnu comme survenu en service, l'accident mortel provoqué par la manipulation d'une grenade allemande ramassée aux tranchées, et ayant tué par éclatement celui qui la manipulait.

En général, ce sont les médecins qui provoquent du commandement l'ordre d'établir un certificat d'origine.

Mais, si un médecin reçoit l'ordre d'établir un certificat, que doit-il faire s'il estime que la cause invoquée n'a pas, médicalement parlant, provoqué les accidents constatés ? Dans ce cas, il doit obéir, se conformer à l'ordre reçu, mais dans la rédaction de la partie médicale, il ne doit s'inspirer que de sa conscience, c'est-à-dire qu'il délivre un certificat négatif, établissant qu'il n'y a pas, à son avis, de rapport entre la cause invoquée et la maladie constatée. Ici comme ailleurs, en tous leurs certificats, les médecins ont non seulement le droit, mais encore le devoir d'exprimer leurs doutes, ou encore de nier toute relation de cause à effet entre l'origine supposée et l'infirmité, à condition qu'ils

(1) Tardieu, *op. cit.*, page 131, n° 307.

appuient leurs assertions sur des arguments d'ordre médico-chirurgical.

3° **Rôle du Conseil d'administration.** — Le Conseil d'administration doit légaliser les signatures, mais il doit aussi attester l'exactitude des faits relatés. Enfin il doit faire remettre à l'intéressé un duplicatum du certificat d'origine.

Etat actuel. — Avant la guerre actuelle, il était ordinairement facile d'établir le certificat d'origine, qui constituait presque le document obligatoire servant de point de départ à toute la procédure. A défaut de cette pièce, on y suppléait par une enquête qu'on arrivait généralement à mener à bonne fin après un temps plus ou moins long.

Il n'en est plus de même depuis le début des hostilités ; pour bien des motifs, le certificat d'origine ne peut plus être établi habituellement dans la zone des armées. Il y a pourtant des exceptions. Nous avons trouvé dans des dossiers des certificats d'origine établis par le régiment en campagne. Beaucoup de médecins de corps de troupe ont continué à tenir à jour le « Carnet médical », prévu par le règlement sur le service de santé en campagne ; les malades, les blessés y sont inscrits au fur et à mesure de leur arrivée au poste de secours, avec un diagnostic ordinairement succinct, mais suffisant. Ce sont des documents de toute première valeur. Il y a donc là un moyen de contrôle que les médecins-experts peuvent utiliser quelquefois, en invitant les Conseils d'administration à demander au régiment en campagne si le médecin n'a pas inscrit quelque renseignement précis sur un cas particulièrement délicat.

Il semble que les carnets médicaux (ou ce qui peut les remplacer) devraient, au fur et à mesure qu'ils sont terminés, être envoyés au dépôt du corps pour ne pas risquer de s'égarer dans les postes de secours. Il y a là, pour l'avenir, des pièces à conviction de la plus haute importance.

Les renseignements fournis par les ambulances sont également précieux, puisqu'ils viennent d'un des premiers médecins appelés à soigner les malades ou blessés ; lorsqu'ils manquent, il ne paraît pas nécessaire de remonter dans les archives, souvent très dispersées, des ambulances du front.

Mais, toutes proportions gardées, on a rarement une pièce authentique venant de la zone des armées.

Force est donc, le plus souvent, de régler la question d'origine dans la zone de l'intérieur, sur les déclarations mêmes des intéressés, éclairées ou complétées par les circonstances. Raison de plus pour que ces documents soient établis le plus tôt possible et le mieux possible, pour suppléer à ceux que n'ont pu fournir les formations de l'avant.

Le billet d'hôpital tient lieu de certificat d'origine (1). — Le billet d'hôpital de la première formation de l'intérieur ayant reçu le malade ou le blessé peut remplacer le certificat d'origine. Il doit indiquer :

1° Le lieu et la date de la blessure ;
2° La nature de l'agent vulnérant ;
3° Le siège de la blessure initiale ;
4° La désignation des tissus lésés ;
5° La nature des complications ultérieures ;
6° La nature des opérations pratiquées.

Enfin, il doit mentionner que la blessure ou la maladie provient d'un fait ou d'une circonstance de guerre.

Le ministre a rappelé à plusieurs reprises la nécessité de mentionner sur le billet d'hôpital le qualificatif « *blessure de guerre* » impérieusement exigé par la Direction du contentieux du ministère de la guerre, ainsi que par le contentieux du Conseil d'Etat pour donner à l'origine de la blessure le caractère d'authenticité indispensable et ouvrir des droits à indemnisation. Cette mention, en raison de l'importance qu'elle présente, nous paraît devoir *toujours être signée et inscrite de la main même du médecin traitant, et non pas avec un tampon mobile sans valeur d'authencité.*

Un duplicatum doit toujours être remis à l'intéressé ; c'est sa sauvegarde dans l'avenir. Mais, aucune autre pièce ne doit lui être remise (radiographie, fiche de centres spéciaux, etc., etc.) car ces pièces sont souvent mal interprétées par le blessé, mauvais juge en sa propre cause.

Le billet d'hôpital, véritable pièce officielle, n'est pas toujours

(1) Circulaire n° 9590 2/7 du 23 octobre 1914.

établi aussitôt après l'entrée à l'hôpital (1). Il est un autre document qui pourrait et qui devrait rendre les plus grands services s'il était toujours établi, et surtout s'il était établi avec soin : *c'est la feuille d'observation*. Une feuille d'observation bien tenue comporte :

a) Un résumé des renseignements qui ont pu être fournis par les armées, ou à défaut, un résumé des diverses situations de l'intéressé avant son entrée à l'hôpital. *Dans tous les cas le médecin-chef signalera si les renseignements qu'il donne viennent de documents officiels ou des déclarations du blessé.*

b) Un résumé de la marche et de l'évolution de l'affection. C'est surtout en notant avec précision, immédiatement après l'entrée à l'hôpital, tous les détails les plus minimes fournis par les blessés sur les circonstances de l'accident, et en procédant à un examen clinique complet, qu'on éviterait souvent des enquêtes ultérieures parfois bien longues et bien difficiles. Il est arrivé par exemple que 6 mois, 8 mois, un an après une blessure d'un membre par balle de fusil, l'intéressé évacué successivement sur plusieurs autres formations, ait invoqué un éclatement d'obus comme cause d'aggravation d'une otite scléreuse ou d'une affection oculaire n'ayant aucun rapport avec l'accident primitif. Dans d'autres cas, au contraire, l'aggravation d'une affection antérieure au service engage la responsabilité de l'Etat.

Aggravation. — Lorsqu'une maladie ou une infirmité antérieure au service a été aggravée par un fait de service ou par les obligations du service, la jurisprudence du Conseil d'Etat admet que cette aggravation engage la responsabilité de l'Etat au même titre que l'origine directe.

Il est assez curieux de suivre l'évolution des idées sur ce point spécial. La loi de 1831 n'admettait « l'origine » que pour les infirmités provenant des fatigues ou dangers du service militaire.

Il n'y a pas très longtemps encore, pour la tuberculose, il était nécessaire de spécifier dans les certificats que l'infirmité était indépendante de toute prédisposition constitutionnelle appré-

(1) Le Bulletin modèle 46, prévu par l'Instruction du 10 septembre 1916 pourrait servir de certificat d'origine.

ciable ; bien plus, cette affirmation devait être corroborée par un procès-verbal d'enquête de la Gendarmerie sur l'état de santé du militaire avant son incorporation et sur celui de ses ascendants et collatéraux.

Dans l'instruction ministérielle du 23 mars 1897, on lit (Article 42) :

« Le rôle à reconnaître à la prédisposition dans l'appréciation « du droit à pension est des plus difficiles à juger.

« Afin de mettre le ministre à même de statuer dans les cas de « prédisposition, les experts sont donc tenus de préciser aussi « exactement que possible, quelle a été dans l'évolution de l'af- « fection l'influence du fait invoqué pour origine, et, à cet effet, « ils ne doivent pas hésiter à réclamer tous les suppléments d'en- « quête qu'ils jugent nécessaires.

« Il y a lieu en effet d'examiner dans chaque espèce, dans « quelle mesure la prédisposition constitutionnelle est interve- « nue ; si les fatigues subies par le militaire sont telles qu'elles « auraient déterminé des infirmités chez un homme *d'une santé « parfaite*, aucune raison ne fait obstacle à la concession d'une « pension ; au contraire, si le service militaire n'a joué qu'un « rôle secondaire dans la naissance et l'évolution de la maladie, « le droit à pension n'existe pas. »

Ces prescriptions étaient donc nettement restrictives ; elles rejetaient les cas où existait une prédisposition constitutionnelle. Dans l'appréciation de cette prédisposition constitutionnelle, chaque cas devenait un cas d'espèce, et pour qu'on pût éliminer ladite prédisposition, il fallait un fait de service évident, ou des fatigues exceptionnelles.

Durée des services. — Il en était exactement de même lorsqu'il s'agissait d'apprécier la part à faire à la durée des services. Si l'on veut bien se reporter à l'article 33 de l'instruction précitée, on y verra que cet article est, lui aussi, nettement restrictif. La jurisprudence admettait la relation de cause à effet lorsque l'intéressé comptait soit un assez grand nombre d'années de service sans campagne, soit un nombre moindre d'années de service avec des campagnes plus ou moins nombreuses et plus ou moins fatigantes. Si ces conditions n'étaient pas remplies, la jurisprudence exigeait qu'il fût justifié de circonstances exceptionnelles de service ayant entraîné des fatigues anormales.

Pendant un certain temps, le Comité technique de santé avait admis une solution bâtarde ; la réforme nº 1 avec gratification était accordée lorsque la tuberculose survenait dans les premières années de service. Les certificats spécifiaient qu'il s'agissait d'une affection simplement aggravée par le service, pour qu'il ne pût pas y avoir lieu ultérieurement à une demande de retraite. Comme à cette époque, le taux des gratifications ne pouvait pas dépasser 30 0/0, la solution proposée permettait de rémunérer la part à faire à l'aggravation. Le Conseil d'Etat n'a pas admis cette solution.

Depuis quelques années, il s'est produit un revirement complet. En présence d'infirmités survenues, soit chez des prédisposés, soit même chez des malades atteints d'affections préexistantes, latentes il est vrai, mais aggravées par le service, deux solutions étaient possibles :

L'une, peut être plus élégante, mais pratiquement difficile à appliquer, consistait à laisser aux Experts le soin d'établir dans chaque cas la part à faire à l'aggravation, et conséquemment d'indemniser au prorata de cette aggravation.

L'autre consistait à indemniser toute l'infirmité.

C'est la dernière solution qu'ont adoptée la Cour de cassation et le Conseil d'Etat. Le Conseil d'Etat considère que l'aggravation donne droit à la pension au même titre que l'origine directe.

En voici un exemple :

« Le Conseil d'Etat accorde la pension aux marins X... Y..., et Z... et rejette l'argument du ministre de la marine, lequel déclare que ces hommes ne sont pas fondés dans leur demande de pension, en raison du court laps de temps écoulé entre les refroidissements et la constatation de la tuberculose ouverte et de l'existence d'affections temporaires antérieures, les faits relevés n'ayant fait qu'aggraver un état morbide ». La Cour de cassation a décidé qu'il n'y avait pas à tenir compte de l'état antérieur dans la détermination de l'indemnité mais seulement du salaire gagné et des facultés de travail laissées par l'accident.

Une circulaire du Sous-Secrétaire d'Etat du service de santé, nº 286 Ci/7, du 15 octobre 1916, met la question au point. Cette circulaire, en raison de son importance est reproduite page 64 *in extenso*.

Nº 286 Ci/7.
C. C. M.

Paris, le 15 octobre 1916.

Droits à la réforme nº 1 des militaires mis dans l'incapacité de servir par des infirmités nettement aggravées par le fait du service.

« Il m'a été donné de constater que des militaires réformés nº 2 « pour des infirmités ou maladies, — la tuberculose, par exemple, « — nettement aggravées par le service militaire auquel ils ont été « soumis, auraient dû être réformés nº 1.

« Aussi, convient-il de rappeler à nouveau aux médecins-experts « et aux Commissions spéciales de réforme les conditions néces- « saires et suffisantes pour motiver la réforme nº 1, avec les avan- « tages qui y sont attachés.

« Le numéro du congé de réforme, un ou deux, est fonction de « l'origine des infirmités :

« La réforme par congé nº 2 est prononcée pour toute infirmité « ou maladie *totalement étrangère* au service militaire.

« La réforme par congé nº 1 est prononcée pour infirmité ou « maladie, soit *contractée* sous l'influence du service militaire, « soit *aggravée* par le fait du service militaire.

« Se reporter notamment à l'instruction du 21 janvier 1910 sur le « fonctionnement des Commissions spéciales de réforme (B. O. M. G., « vol. 68⁴) qui spécifie clairement à l'art. 13, les conditions entraî- « nant la délivrance d'un congé de réforme nº 1. On trouve aussi des « indications précises sur le même point dans la Circulaire ministé- « rielle du 17 mai 1913 sur les réformes temporaires avec gratifica- « tions (B. O. M. G., page 673)

« Ces instructions furent motivées par la jurisprudence du Con- « seil d'Etat, qui admet, au même titre que l'origine directe, l'ag- « gravation des infirmités ou maladies, comme ouvrant des droits « à la réforme nº 1 ou à la Pension de retraite.

« En conséquence, les médecins-experts et les Commissions spé- « ciales de réforme ne doivent pas perdre de vue dans leurs exa- « mens les notions suivantes :

« Aucun doute ne peut s'élever quand il s'agit d'infirmités ou « maladies *directement* occasionnées par le fait du service.

« Mais il en est autrement pour un certain nombre d'infirmités « ou maladies existant *en germe*, *à l'état latent*, ou encore *à l'état* « *initial* non perceptible ou peu grave, chez les militaires au « moment de leur incorporation.

« Ces infirmités ou maladies, dites constitutionnelles, autrefois « imputées uniquement à la *constitution du porteur*, peuvent « manifestement être aggravées par les dangers, obligations ou « fatigues du service militaire en général.

« Dans ce cas, la responsabilité de l'Etat est engagée et reconnue « par le congé de réforme nº 1.

« Mais il est nécessaire que l'aggravation de l'infirmité ou de la « maladie en cause soit mise formellement en lumière et définie, et « non qu'elle soit envisagée comme une possibilité ou une hypo- « thèse. Or, seul, le commandement est en mesure d'avoir une con- « naissance complète de la nature des services imposés à l'intéressé ; « seul, il peut, dans une relation authentique des faits ou des évé- « nements militaires, fournir un témoignage de leur influence sur « l'éclosion ou l'aggravation de la maladie primitive. Il appartient « donc au Conseil d'administration instructeur de l'affaire, de met- « tre, par un certificat d'origine ou par des rapports ou des pièces « en tenant lieu, les médecins-experts en présence des faits ou cir- « constances de service incriminables. Les experts, appelés à don- « ner leur avis sur l'origine directe ou l'aggravation de l'infirmité ou « maladie, seront ainsi en mesure d'établir la relation de cause à « effet et la filiation qu'il est permis d'admettre, médicalement « parlant, entre lesdites circonstances de service et l'infirmité ou « maladie placée sous leurs yeux et soumise à leur jugement.

« Il importe donc au plus haut degré que le Corps instructeur « réunisse et verse au dossier de chaque candidat à la réforme nº 1, « toutes les pièces de nature à constituer un élément de preuve « concernant l'origine ou l'aggravation de l'infirmité ou maladie « en cause.

« Il serait désirable, mais il n'est pas toujours possible ni absolu- « ment indispensable, de produire un certificat d'origine ou un « procès-verbal d'enquête portant sur tel ou tel fait particulier de « service. Il est des faits collectifs et généraux ou circonstances « résultant de situations exceptionnelles, telles que la captivité, par « exemple, pour lesquelles les conditions de forme peuvent n'être « pas exigées et qui comportent en elles-mêmes des éléments de « preuves de nature à entraîner la conviction raisonnée des « autorités compétentes (Avis du Conseil d'Etat. Section des « finances. 4 juillet 1916).

II. — UTILISATION DES PIÈCES D'ORIGINE

Dans tous les cas où les médecins, opérant comme experts, ont à utiliser des pièces d'origine, ils peuvent avoir trois questions à se poser :

1° *Le fait, l'évènement, l'accident auquel est imputée l'infirmité, s'est-il réellement produit ?*

2° *Dans l'affirmative, s'agit-il d'un évènement survenu en service commandé ?*

3° *La cause ou les causes invoquées peuvent-elles ou ne peuvent-elles pas expliquer les infirmités constatées ?*

1° Lorsque les pièces d'origine ont été établies uniquement sur les déclarations de l'intéressé, il est des circonstances où les médecins-experts sont autorisés à demander des précisions sur le fait invoqué comme origine. Exemple :

Un militaire atteint de cataracte attribue son infirmité à un éclatement d'obus. Il est soumis à l'examen d'un contre-expert qui trouve une cataracte double ancienne, sans rapport avec le service militaire. Interrogé sur les circonstances précises de l'accident, ce militaire indique une date à laquelle son régiment était au repos.

C'est en examinant avec attention, en comparant les diverses pièces d'un dossier, qu'on arrive parfois à découvrir des faits comme le suivant : proposition de pension pour énucléation d'un œil. Les pièces établies successivement dans de nombreuses formations portaient toutes la même mention : « Enucléation d'un œil, blessure de guerre », mais dans aucun de ces documents on n'arrivait à trouver la formation qui avait pratiqué l'énucléation. Une enquête démontre que l'opération avait eu lieu plusieurs années avant la mobilisation. Répondant à son ordre d'appel sans signaler son infirmité, le blessé avait essayé ultérieurement de l'imputer à un fait de guerre.

Nous pourrions citer plusieurs cas exactement semblables pour des amputations de doigts, antérieures à la guerre, sans rapport avec le service, et attribuées ensuite à une blessure de guerre.

2° S'agit-il d'un événement survenu en service commandé ?

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons écrit précédemment sur ce sujet.

Les deux questions précédentes, nous le répétons encore, tout en n'étant pas d'ordre exclusivement médical ne peuvent pas et ne doivent pas rester étrangères aux médecins.

3° La troisième question au contraire, ne peut être résolue que par des médecins. *Quels sont les rapports entre la cause invoquée et les infirmités constatées ?* Les prescriptions de l'article 44 de l'instruction du 23 mars 1897 sont formelles : « Les experts « s'attachent à établir, en s'appuyant sur les données anatomi- « ques, si le fait rapporté par le certificat d'origine est ou n'est « pas, médicalement parlant, la cause de l'état d'invalidité qu'ils « ont mission d'apprécier. »

Lorsqu'il s'agit de blessures ou de traumatismes, il est relativement facile d'apprécier, et encore, même dans ce cas, il y a lieu de prêter bien souvent la plus grande attention. Nous avons vu à plusieurs reprises des dossiers de militaires, évacués pour une blessure d'un membre par balle. Après de longs mois de traitement, la guérison est obtenue, et finalement on est en présence d'une proposition de pension ou de gratification avec le diagnostic : surdité complète, ou choroïdite atrophique. L'intéressé a attribué ultérieurement l'affection de l'oreille ou des yeux à un éclatement d'obus. Les enquêtes et expertises auxquelles il a fallu nécessairement procéder dans tous ces cas, ont démontré bien souvent que les blessés étaient très durs d'oreille avant la mobilisation, et que la maladie des yeux, de nature spécifique, avait diminué la vision depuis de longues années.

Le Conseil d'Etat a jugé depuis longtemps que : « Lorsqu'un militaire est atteint simultanément de plusieurs infirmités, les unes contractées en service, les autres contractées hors du service, le droit à pension n'existe que si l'impossibilité de rentrer au service ou l'incapacité de pourvoir à sa subsistance est la conséquence des infirmités contractées en service » (1).

Autre exemple : un militaire atteint de blessures multiples par éclats de grenade invoque ultérieurement une plaie légère de la paupière inférieure comme cause d'une déchirure de l'iris et de la choroïde ; il est proposé pour une pension de retraite. L'ex-

(1) Tardieu, *op. cit.*, p. 134, article 314.

plication était vraisemblable, mais comme aucun des documents du dossier ne signalait de blessure du globe oculaire, l'intéressé est soumis à une contre-expertise, dont voici le résultat résumé : « Petite cicatrice à la paupière inférieure gauche. Le globe oculaire présente un colobôme typique de l'iris, compliqué de large colobôme de la choroïde. Les lésions du globe oculaire sont d'origine congénitale et n'ont aucune relation avec la blessure. »

Nous avons observé plusieurs fois le fait suivant : un malade ou un blessé, après de longs mois de traitement, revient à son dépôt. Sur le vu des pièces du dossier, le dépôt établit un certificat d'origine. Il est évident que ce document, délivré dans de pareilles conditions, n'a aucune valeur, puisque ni les témoins, ni le médecin n'ont assisté à l'accident initial.

Les questions de tuberculose traumatique sont toujours délicates et relativement fréquentes. En voici un cas : un soldat, ordonnance d'officier, réformé temporairement, puis réformé n° 2 pour coxalgie, demande la pension : il impute son infirmité à une chute sur le genou dans la cour du quartier. L'enquête démontre que, 12 jours après la chute, il entrait à l'hôpital pour une coxalgie en pleine évolution.

Dans le rapport de l'expert on lit : « la chute n'a pas provoqué une coxalgie : il n'est pas possible d'admettre qu'une coxalgie dont l'évolution est toujours longue ait pu se produire en quelques jours. L'affection ne paraît pas non plus avoir été aggravée par un accident banal, une chute sur le genou dans la cour du quartier. La chute invoquée s'explique plutôt par la faiblesse du membre inférieur atteint d'une tuberculose en évolution. La chute est donc un effet, non une cause de la maladie.

Conclusion : l'infirmité attribuée à une chute ne paraît pas résulter de l'accident invoqué et ne paraît pas, médicalement parlant, avoir été occasionnée ou aggravée par cet accident. »

Quelques experts, en présence d'une origine douteuse, qu'ils n'osent pas refuser, croient résoudre le problème en proposant l'intéressé pour un taux d'invalidité très faible. La solution est déplorable, car en supposant même qu'ils n'accordent aucun taux d'invalidité, ils n'en acceptent pas moins l'origine. *Une fois que l'origine est admise, elle ne peut plus dorénavant être discutée. Elle est génératrice pour l'avenir de toutes les indemnisations, même de la pension.* L'intéressé n'a donc qu'à attendre

pour demander une nouvelle visite, à la suite de laquelle il obtiendra le taux d'invalidité correspondant à son affection.

Lorsqu'il s'agit d'émettre un avis, non plus sur l'origine d'une blessure, mais sur celle d'une maladie, le rôle du médecin-expert devient singulièrement difficile, beaucoup plus que ne l'est celui de l'expert devant un tribunal. En effet, avec la loi de 1898 sur les accidents du travail, l'invalidité résultant des maladies n'est indemnisée qu'autant que ces infirmités ont été occasionnées ou aggravées par un traumatisme ou une violence extérieure soudainement arrivée. La législation militaire admet, au contraire, que toute maladie, même antérieure au service, qui a pu être occasionnée directement, ou aggravée non seulement par un traumatisme mais encore par les obligations du service militaire, peut et doit être indemnisée.

Est-ce à dire que dans tous les cas les médecins doivent accepter sans discussion les preuves apportées même par un certificat d'origine ? Evidemment non. Voici un cas où un sous-officier réserviste, après huit jours de campagne, demande une pension pour bronchite chronique et emphysème ; il a un certificat d'origine établissant que dans une circonstance déterminée, il a été exposé à la pluie et a contracté une bronchite. Les experts se refusent à admettre la cause invoquée, même au titre d'aggravation d'une bronchite chronique, affection qui pour se développer exige plusieurs années; le fait invoqué, disent les experts, n'est qu'un épisode sans importance dans l'évolution d'une affection chronique.

Voici un autre cas qui lui est comparable : un gendarme atteint d'une affection cardiaque, d'origine rhumatismale, invoque comme orgine un refroidissement qu'il aurait contracté en prenant une faction dans un hall de gare. Une enquête démontre qu'il avait eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme, survenues sans cause apparente. Le médecin-expert conclut ainsi qu'il suit : « Le froid est évidemment une des causes occasionnelles du rhumatisme : tout le monde est d'accord sur l'importance du coup de froid frappant brusquement, à la suite d'un séjour sous la pluie ou après une nuit passée sur la terre humide ; nous reconnaissons également les effets de l'action prolongée du froid à la suite d'un séjour dans des habitations humides. Mais chez un homme encore jeune, bien vêtu, bien nourri, non surmené, qui vit dans des condi-

tions d'hygiène remarquablement bonnes, est-il possible d'admettre qu'un service de deux heures, exécuté en plein jour, à l'abri de la pluie, ait provoqué le lendemain une attaque de rhumatisme ? Tout rhumatisant avéré est exposé à mal supporter les aléas de la vie quotidienne la plus ordinaire de son âge, tel qu'un stationnement sous un hall, sous une véranda. »

Le médecin conclut à l'absence de toute relation de cause à effet entre cette infirmité et le fait invoqué.

Enfin, voici le cas d'un militaire atteint d'une rétraction de l'aponévrose palmaire et qui demande une pension de retraite. Un certificat d'origine établit qu'il a fait une chute au gymnase sur la main droite ; les premiers experts attribuent l'affection à la chute. Cet homme a été opéré dans un hôpital militaire. Le contre-expert, professeur d'une faculté, répond : La maladie qui est constitutionnelle n'est pas imputable au fait invoqué, attendu que la main gauche est atteinte également : l'affection est plus avancée du côté droit par le fait d'une intervention intempestive, et l'aggravation occasionnée par l'opération peut être évaluée à 20 0/0.

Nous avons tenu à rappeler ces quelques exemples pour montrer que le médecin reste libre dans son appréciation, pourvu qu'il l'appuie d'arguments probants.

Le fait d'avoir eu un ou plusieurs certificats d'origine ne constitue pas nécessairement un droit à indemnisation. Nous insistons sur ce point, car beaucoup de militaires, détenteurs d'une pièce d'origine, se jugent autorisés à faire valoir des droits pour toutes les infirmités dont ils pourraient être atteints dans l'avenir. S'il suffisait d'un ou plusieurs certificats d'origine pour justifier la pension, il n'y aurait pour ainsi dire pas d'officier ou de sous-officier de carrière qui ne fût en mesure de quitter l'armée sans une pension, pour des accidents dûment constatés par des certificats ; mais ces certificats sont devenus caducs en l'absence de complication ultérieure. Bien plus, ces mêmes militaires peuvent être atteints d'infirmités graves et incurables, mais non imputables au service et sans aucun rapport avec celles qui ont motivé des certificats d'origine.

Tous les médecins sont unanimes à reconnaître que des trois questions qu'ils ont à résoudre, la question d'origine et de filiation des accidents pathologiques est presque toujours la plus

délicate à apprécier : c'est elle qui met les experts en présence des problèmes les plus complexes. N'en est-il pas exactement de même en clinique, lorsqu'on aborde la question d'étiologie ? Le règlement est très sage, d'ailleurs : il autorise les experts « à s'entourer de tous les renseignements susceptibles d'éclairer leur jugement ».

Supplément d'enquête

Ils peuvent donc procéder à toutes les enquêtes qu'ils jugent convenables ; enquêtes auprès des spécialistes autorisés ; enquêtes auprès des médecins qui ont donné des soins aux intéressés ; enquêtes auprès du corps d'origine. En ce qui nous concerne, il nous est arrivé, à plusieurs reprises, dans des cas difficiles et pouvant prêter à discussion, de soumettre la question d'étiologie à un maître dont le nom fait autorité en la matière : c'est ainsi que dans un cas où une tuberculose péritonéale était imputée à une injection de sérum anti-cholérique, nous avons prié le directeur de l'Institut Pasteur de nous donner son avis : cet avis a été négatif.

A plusieurs reprises, nous avons eu recours à la haute compétence de M. le professeur Vincent, dans des cas où des décès étaient imputés au vaccin antityphoïdique. Enfin, tout récemment, nous nous sommes adressés à M. le professeur agrégé Netter, pour répondre à la question suivante du Conseil d'Etat :
« En dehors de toute épidémie existant dans une localité déterminée, la méningite cérébro-spinale peut-elle être contractée
« au simple contact de colis postaux plus ou moins sâles ou
« détériorés, à la manipulation et au tri desquels on serait affecté,
« alors que les dits colis postaux pourraient provenir de localités
« contaminées ? »

Nous avons reçu la réponse suivante :

« Il semble très peu vraisemblable que la méningite cérébro-
« spinale puisse être contractée au simple contact des colis
« postaux provenant de localités contaminées.

« Le contage de la méningite cérébro-spinale est en effet très
« sensible à la dessiccation. Sa vitalité est très éphémère, s'il
« est déposé en couches très minces. Dans le cas envisagé, il ne

« pourrait, semble-t-il, être apporté que par des sujets sains
« porteurs de germes qui auraient projeté en toussant, en éternuant ou en parlant, des gouttelettes de salive ou de mucus
« contenant quelques méningocoques, certainement très sensibles sous cette forme aux influences extérieures. Il en irait
« peut-être autrement d'un infirmier ou d'une blanchisseuse
« appelés à manipuler des mouchoirs ou linges souillés par les
« malades d'une façon plus massive et protégés contre la dessiccation.

« Il y a tout lieu d'admettre que l'affection de X... a été contractée au contact d'un sujet en apparence sain, porteur de
« germes, militaire ou civil. La méningite cérébro-spinale, en
« novembre 1915, a fait un certain nombre de victimes soit dans
« la banlieue est de Paris, soit à Paris même. Les occasions de
« contamination ne manquaient donc point. Dans la grande
« majorité des cas, il est d'ailleurs impossible pour cette maladie de déterminer la date, le lieu, l'agent de la contamination ».

Enquête auprès du corps. — Lorsqu'on veut procéder à un supplément d'enquête auprès du corps d'origine, quels sont les moyens pratiques pour obtenir un résultat ? Il faut, avant tout, dans certains cas, faire préciser par l'intéressé lui-même toutes les circonstances de l'accident invoqué (lieu, date, heure, etc., etc.) sans crainte d'insister sur les moindres détails. Ces renseignements, *recueillis sous sa dictée*, sont envoyés au Conseil d'administration du corps d'origine en même temps que la demande fixant les points spéciaux sur lesquels on désire des éclaircissements. *Il n'y a qu'un moyen, un seul, d'obtenir des réponses nettes et précises, c'est de poser des questions nettes et précises* ; il faudra prendre la précaution de poser les questions de telle sorte qu'elles ne puissent pas influencer ni dans un sens, ni dans l'autre, les membres du Conseil d'administration ? Le Conseil ne peut évidemment fournir qu'un certain nombre de renseignements. On peut lui demander :

1° Le relevé rigoureusement exact et conforme aux registres médicaux, de toutes les indisponibilités de l'intéressé pour cause de maladie pendant la durée de ses services, ainsi que l'extrait, e co ncernant, du registre médical d'incorporation. Il est possible

de retrouver ainsi des affections anciennes imputées à tort à un fait récent de service.

2° Le procès-verbal d'une enquête de la gendarmerie sur les antécédents personnels et héréditaires de l'intéressé, sur l'aptitude au travail et l'état de santé du décédé avant la mobilisation, ou encore sur certains points spéciaux (surdité, acuité visuelle, ...).

3° Un rapport circonstancié dans lequel, après avoir pris connaissance du dossier, le Conseil d'administration s'efforcera d'établir, à l'aide des témoignages qui pourront être recueillis, et, en particulier, à l'aide de celui des médecins qui ont examiné ou soigné l'intéressé, s'il existe ou non une relation de cause à effet entre les fatigues, dangers, obligations de la vie militaire et la maladie existante.

On peut lui demander encore :

a) Quel fut l'état de santé du décédé du..... au.... ;

b) les emplois occupés ;

c) la durée des séjours sur le front ;

d) les fatigues excessives et les intempéries supportées ;

e) le nombre et la durée des indisponibilités pour cause de maladies, les circonstances susceptibles d'avoir aggravé la dite maladie ; les séjours dans les ambulances, les infirmeries, les hôpitaux et les diagnostics des maladies qui ont nécessité ces hospitalisations ; les permissions et congés de convalescence accordés ;

f) des renseignements précis sur un point particulier, par exemple : l'intéressé a-t-il pu, comme il l'indique, se trouver dans le cas d'être soumis à un bombardement le 25 décembre 1915 à 7 heures du soir ?

Secours. — C'est volontairement que nous avons insisté aussi longuement sur la question d'origine, question sur laquelle les médecins-experts sont tentés de passer d'ordinaire avec rapidité. Elle est pourtant de toute première importance, puisqu'elle intervient dans tous les cas où la responsabilité de l'Etat est engagée pécuniairement. Si l'origine n'est pas reconnue, l'intéressé ne peut avoir droit ni à pension, ni à gratification, mais simplement à un secours. Le cas est prévu d'ailleurs. On lit en effet dans le service courant (*B. O.* Vol. 74, art. 259) : « Tout militaire qui

a été amputé ou est devenu aveugle par suite de causes n'ouvrant pas le droit à la pension déterminée par l'article 12 de la loi du 11 avril 1831, doit être proposé pour un secours permanent fixé à 240 francs par an, s'il est caporal, brigadier ou soldat, payable par trimestre et d'avance ».

« Le mémoire de proposition établi à cet effet, est accompagné des mêmes pièces que les mémoires de proposition pour la gratification renouvelable ».

C'est dans les cas où les médecins-experts n'acceptent pas l'origine qu'ils doivent indiquer d'une façon nette et précise les raisons d'ordre médical qui militent en faveur de cette décision.

Toutefois, ils ne doivent pas oublier que leur avis, bien que net et formel, n'est qu'un avis : il est possible que les membres de la Commission de réforme ne partagent pas leur opinion ; il est possible également que le Comité de santé (Commission consultative médicale), le Ministre, le Conseil d'Etat soient d'un avis différent.

En conséquence, après avoir nettement formulé leurs restrictions sur l'étiologie, les médecins-experts n'en doivent pas moins se prononcer sur les deux autres questions, à savoir : la gravité et l'incurabilité (Voir page 139).

La question d'origine, déjà fort complexe actuellement, le sera bien davantage encore dans les années qui suivront les hostilités. Essayons d'indiquer une partie seulement des problèmes qui se poseront alors.

Quelle sera, par exemple, l'influence des traumatismes de guerre sur la santé générale des blessés ? Que de corps étrangers, ignorés, seront révélés ultérieurement par la radiographie, à l'occasion d'une affection du poumon, du cerveau ! N'est-il pas démontré dès à présent que dans certains traumatismes crâniens, même bénins d'apparence, la radiographie décèle souvent dans le cerveau une esquille osseuse ou un fragment métallique dont la présence n'était pas soupçonnée ?

Les traumatismes ne provoquent pas seulement des infirmités jusque-là inexistantes, mais encore ils aggravent les affections anciennes. Nouveau problème à résoudre. L'infirmité qui préexistait a-t-elle été nettement aggravée par un traumatisme de guerre ? Ou bien cette aggravation n'est-elle que la suite naturelle de l'affection primitive ?

Il n'y a pas que les traumatismes ; il y a encore cette série d'impondérables, classés sous la dénomination « fatigues et obligations de la vie militaire » qui interviennent comme facteurs directs ou indirects de maladies. Tous les médecins militaires de carrière se rappellent avoir vu jusqu'à ces dernières années, devant les Commissions de réforme, des anciens combattants de 1870 invoquant les fatigues de la campagne comme cause d'une infirmité survenue avec l'âge. Bien plus, dans les années antérieures à la guerre de 1914, on recevait encore des demandes d'anciens militaires invoquant comme causes de leurs infirmités les fatigues de la guerre de Crimée.

Où commencent les fatigues et obligations de la vie militaire ? Le problème peut encore se résoudre actuellement en raison de la précision des détails qu'on peut obtenir. Mais ultérieurement ? Quand faudra-t-il ne plus tenir compte des fatigues et obligations de la vie militaire résultant de la guerre actuelle ?

Ce n'est pas à nous qu'il appartient de répondre. Nous avons voulu seulement montrer la difficulté du problème. Telle qu'elle se pose actuellement, la question d'origine est déjà pour les médecins-experts la plus difficile à résoudre.

Ces médecins ne perdront jamais de vue que l'origine, une fois admise, n'est plus mise en discussion et qu'elle ouvre des droits éventuels pour le présent et l'avenir à toutes les indemnisations, y compris la retraite, si l'infirmité évolue, s'aggrave et devient incurable. Ces indemnisations sont alors uniquement fonction de la gravité et de l'incurabilité ou de la non-incurabilité.

(Voir également : Rédaction des certificats).

Succession des militaires décédés. — L'exemption de l'impôt de mutation peut être prononcée dans certains cas ; c'est encore une question d'origine (Voir Pensions de veuves et d'orphelins).

CHAPITRE IV

LOI DE 1831

INCURABILITÉ

Pour ouvrir des droits à pension, les blessures ou infirmités doivent être graves et incurables.

De nombreuses infirmités, bien qu'incurables, ne présentent pas les caractères de gravité suffisants pour justifier la retraite : mais toutes celles qui figurent au tableau de classification annexé à la loi de 1831 ont la gravité suffisante, si elles sont reconnues incurables.

Toutes les fois que les médecins-experts auront à se prononcer sur la question d'incurabilité, ils devront se rappeler ce qui suit :

La pension une fois accordée par le Ministre est viagère et reversible sur la veuve et les orphelins.

Si la pension a été accordée à la suite d'une erreur de diagnostic ou de pronostic, même à la suite d'affections simulées, l'Etat n'a plus aucun recours : la pension reste acquise.

Avant donc que de conclure à l'incurabilité, les médecins devront rechercher par tous les moyens scientifiques dont ils peuvent disposer, si l'infirmité est vraiment et à tout jamais définitive, sans amélioration possible.

La rente est viagère : l'incurabilité, elle aussi, doit être viagère.

C'est pour n'avoir pas fait ce raisonnement que tant de médecins ont soumis trop hâtivement des propositions de retraite. Il en est résulté que la plupart des recours portés devant le Conseil d'Etat par des blessés mécontents, sont dus à des erreurs de pronostic de médecins qui, d'emblée, ont proposé pour la pension des infirmités graves, il est vrai, mais récentes et encore très améliorables. Aussi, lorsque plusieurs mois après la proposition des experts, l'intéressé est soumis à un examen complémentaire, nombre de propositions de pensions reviennent sous la forme de

gratifications avec des taux d'invalidité parfois très diminués, par suite d'améliorations de raideurs, de disparition où d'atténuation de troubles trophiques, etc.

Cas d'espèces. — Citons quelques exemples :

a) Proposition de pension pour raccourcissement de 6 centimètres du membre inférieur avec ankylose du genou en extension, suite de fracture du fémur.

A la suite d'un nouvel examen, pratiqué neuf mois après celui de la commission de réforme, le chirurgien-expert répond :

« Les mouvements du genou ont été récupérés dans plus de « la moitié de leur amplitude, et doivent encore s'améliorer ».

L'infirmité était donc constituée par deux éléments : 1o un raccourcissement de 6 centimètres, incurable, il est vrai, mais ne présentant pas un caractère de gravité suffisant pour ouvrir des droits à pension ; 2o une raideur du genou, très serrée au début, mais qui s'est améliorée considérablement et qui n'était donc pas incurable.

Le chirurgien-expert propose une gratification renouvelable.

b) Proposition de pension : Fracture consolidée du radius : paralysie totale du poignet, de la main et des doigts.

Résumé de la contre-expertise : « Les examens précédents « révèlent la nature inorganique de l'affection ; ni les tendons, « ni les nerfs, ni les muscles ne comportent de lésions ; la frac- « ture osseuse est consolidée ; mais, soit par le fait d'un manque « d'exercice de trop longue durée, soit par hystéro-traumatisme, « X... a cessé de pouvoir remuer sa main et ses doigts. Il per- « siste une anesthésie profonde et superficielle complète qui « confirme le diagnostic de paralysie fonctionnelle après bles- « sure guérie ».

Conclusion : Proposition de gratification.

c) Supposons une ankylose osseuse du coude en extension, infirmité incurable, associée au même membre à une paralysie radiale, non incurable. Il est bien évident que les experts ne vont pas refuser la pension de 5e classe (no 42) à laquelle a droit le blessé pour son ankylose, sous prétexte que la paralysie radiale n'est pas incurable.

d) Ankylose complète du poignet avec gêne des mouvements de pronation, de supination et des doigts.

Tel est le libellé du n° 60 de l'échelle de gravité. Dans ce cas, pour que le droit à pension existe, il faut qu'il y ait tout à la fois : 1° ankylose complète du poignet; 2° gêne définitive et incurable de la pronation, de la supination ; 3° gêne définitive et incurable des mouvements des doigts.

Il faut donc que les lésions soient incurables *en tous leurs éléments.*

Les conseils de prudence que nous donnons aux médecins-experts sont corroborés par l'instruction ministérielle du 23 mars 1897 :

« Dans les affections chroniques, toutes les ressources thérapeutiques doivent être épuisées, y compris, s'il y a lieu, l'usage des eaux thermales ».

Si l'on veut bien se rappeler que la plupart des établissements thermaux du service de santé ne sont ouverts que quelques mois chaque année, n'y a-t-il pas lieu de se demander si le règlement n'a pas voulu donner aux médecins-experts une leçon de prudence, et montrer combien il est nécessaire de savoir attendre avant de conclure à l'incurabilité.

La plupart des nouveaux projets de loi sur les pensions ont adopté la restriction suivante :

« L'infirmité ne peut être reconnue d'emblée incurable que si elle est constituée par une mutilation irrémédiable ou une suppression d'organe. » La loi de 1831 n'est pas aussi rigoureuse. Il n'en est pas moins vrai que les médecins-experts doivent s'entourer de toutes les garanties nécessaires avant d'affirmer qu'une infirmité est « définitivement incurable ».

Un dossier médical, tel qu'il est constitué actuellement, avec ses radiographies, ses fiches électriques, physiothérapiques, chirurgicales, neurologiques, avec ses diagrammes à appareils enregistreurs, ses rapports de spécialistes (ophtalmologie, otologie, etc.) peut être comparé à une machine compliquée mais sans vie. Le médecin-expert n'arrive à se faire une idée d'ensemble qu'après avoir étudié, pesé et comparé tous les éléments constitutifs de ce dossier, et examiné à fond son malade ; lorsqu'il subsiste dans son esprit le moindre doute, il ne doit pas hésiter à demander l'avis de spécialistes qualifiés dans les centres de spécialités qui gravitent autour des centres spéciaux de réforme.

En ce qui concerne l'incurabilité dans les lésions nerveuses, dans les complications articulaires, l'électro-diagnostic, la radiographie ne permettent pas en général de porter immédiatement une conclusion définitive.

L'expérience de la guerre a démontré que la consolidation des lésions nerveuses exigeait parfois un temps très long. La réaction de dégénérescence, même totale, lorsqu'elle est constatée, n'autorise pas à conclure à l'incurabilité si la lésion ne date que de quelques mois. De très nombreux blessés ont présenté la réaction de dégénérescence totale et guéri ultérieurement.

Avant de conclure à l'incurabilité d'une lésion d'un nerf dans le cas de dégénérescence totale, il est sage d'attendre de 18 mois à 2 ans, en étudiant assez fréquemment les réactions.

Une ankylose, pour être admise comme définitive, doit être démontrée d'abord par l'examen clinique ; il faut, pendant cet examen, obtenir le relâchement des masses musculaires.

Une ankylose, dans des cas très nets, peut être affirmée par une bonne radiographie ; une interprétation est toujours nécessaire. En thèse générale, (et c'est l'avis de plusieurs radiographes que nous avons interrogés), il serait imprudent pour un non-spécialiste de conclure à une ankylose sur le vu d'une radiographie d'articulation où l'interligne paraîtrait comblé. Certaines ombres portées peuvent donner l'apparence de fusion des surfaces articulaires.

C'est ainsi, par exemple, que dans le genou, la position en extension incomplète peut tendre à rapprocher les projections des surfaces articulaires et donner une apparence de resserrement de l'espace. Dans d'autres cas très fréquents, où l'espace articulaire apparaît simplement resserré, il faut savoir, avant de conclure à l'incurabilité, que la position du membre enraidi en extension imparfaite (genou) rapproche les surfaces articulaires et peut donner lieu à une apparence d'ankylose définitive qui n'existe pas en réalité.

En résumé, la clinique ne doit jamais perdre ses droits.

Rappelons, pour terminer, cette prescription de l'article 36 de l'instruction précitée : « *Il demeure bien entendu que le droit à pension n'existe jamais lorsque l'état d'invalidité est susceptible de disparaître avec le temps* ».

Pour la rédaction du certificat d'incurabilité, voir page 137.

CHAPITRE V

LOI DE 1831

GRAVITÉ

I. — ÉCHELLE DE GRAVITÉ

Afin de supprimer tout jugement arbitraire, les Ministres de la Guerre et de la Marine ont fait établir à plusieurs reprises un *tableau dit de Classification des blessures ou infirmités*. Le dernier date de 1887. Il comprend l'énumération des infirmités ouvrant des droits à pension, avec la classe dans laquelle elles doivent être rangées.

En vertu de l'article 36 de l'instruction du 23 mars 1897 (1), « les infirmités décrites dans la classification doivent être consi-« dérées comme ayant *toutes* le degré de gravité exigé pour le « droit à la retraite. Les experts n'ont pas à juger, si en raison « de circonstances particulières il y a lieu de proposer une « exception à la règle générale. Lorsqu'une de ces infirmités est « constatée, l'intéressé n'est donc jamais proposé pour la grati-« fication renouvelable à moins qu'il ne se trouve plus dans les « délais d'instance rappelés à l'article 10 ou que l'infirmité allé-« guée ne soit encore susceptible d'amélioration.

« Par contre, les infirmités rangées dans la 6e classe repré-« sentent le minimum des conditions exigées par la loi et com-« plètent la nomenclature des blessures et infirmités de nature à « motiver une proposition pour la retraite ; toute infirmité non « comprise dans cette nomenclature n'a donc pas le degré de « gravité nécessaire pour ouvrir le droit à pension ».

(1) *B. O.* Volume 66[1].

Règles générales de classification

Comment le tableau a-t-il été établi ?

« Le tableau de classification reproduit les six classes de bles- « sures ou infirmités, et celles-ci sont rangées, pour les trois « dernières classes, d'après les régions du corps où se trouvent « les lésions. Il est donc d'un facile usage pour les médecins- « experts. Sans comprendre une énumération de toutes les mala- « dies constituant le cadre nosologique, ce tableau comporte « cependant une indication suffisante des altérations organiques « ou fonctionnelles susceptibles d'être observées.

« Il en résulte que les experts trouveront toujours, à l'article « des infirmités concernant chaque organe, la possibilité d'y « faire rentrer celles qu'ils auront à examiner, et qui, au premier « abord, sembleraient provenir d'un cas non prévu dans la « nomenclature.

« Ce fait peut se produire notamment pour les altérations « organiques ou les désordres fonctionnels, conséquences éloi- « gnées des maladies infectieuses, telles que le typhus, la fièvre « typhoïde, le choléra, la diphtérie, la fièvre jaune, etc., ou le « charbon, le farcin, le scorbut, le saturnisme, etc.

« Il en est de même pour les accidents occasionnés par le « séjour prolongé d'un projectile ou de tout autre corps étran- « ger dans l'intérieur des organes » (art. 37 de l'Instruction précitée).

« Certaines infirmités, suivant leur caractère de gravité, pour- « raient être rangées dans des classes différentes. Le règlement « a prévu ces cas.

« En vue d'éviter que certaines infirmités puissent être rangées « dans une classe ou dans une autre, au choix des experts, sui- « vant le degré de gravité, on a dressé par classes un tableau « aussi complet que possible des blessures ou infirmités ouvrant « le droit à pension et la classification des équivalences a été « établie de telle sorte que les experts ne doivent éprouver « aucune difficulté à apprécier immédiatement le degré d'impo- « tence fonctionnelle occasionnée par une infirmité, et à déter-

« miner ensuite la classe à laquelle celle-ci se rapporte, c'est ce « qui explique pourquoi certaines infirmités se trouvent com- « prises dans deux classes différentes, mais avec l'indication « spéciale de leur degré différent de gravité » (Art. 39).

Nous reproduisons ci-dessous l'échelle de gravité et pour permettre au lecteur de comparer facilement la loi de 1831 et la loi de 1898, nous avons indiqué en face de chacun des numéros de l'échelle de gravité :

1° Le taux brut de la rente allouée à un soldat de 2e classe (loi de 1831) ;

2° Le taux d'invalidité et le taux de la rente qui seraient appliqués en vertu de la loi de 1898 à un ouvrier gagnant 1.800 francs par an.

ÉCHELLE DE GRAVITÉ

COMPARAISON DES TAUX EN ARGENT
CORRESPONDANT
AUX LOIS DE 1831 ET DE 1898.

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX pour un soldat de 2e classe
1re CLASSE	
Cécité ou perte totale et irrémédiable de la vue	975 fr.
2e CLASSE	
Amputation de deux membres	975 fr.
3e CLASSE	
Amputation d'un membre (pied ou main)	750 fr.
4e CLASSE	
Perte absolue de l'usage de deux membres. Infirmités équivalentes.	
1. — Hémiplégie complète / Paraplégie complète { d'origine traumatique ou occasionnée par les fatigues du service	750 fr.
2. — Altération grave des fonctions cérébrales (abolition de la mémoire, de la parole, imbécillité, démence, aliénation mentale, etc.) résultant de : { blessure de la tête, congestion, insolation, méningo-encéphalite, fatigues du service, etc.	750 —
3. — Paralysie générale à l'état de période d'état gâteux	750 —
4. — Mutilations étendues de la face, comprenant à la fois, ou : { l'œil, l'orbite et le maxillaire supérieur d'un côté ; les deux maxillaires supérieurs et le nez ou un maxillaire supérieur et l'inférieur ; la mâchoire inférieure en totalité et la langue.	750 —
5. — Fistule stomacale ; anus contre nature { provenant de l'intestin grèle	750 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barème* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
100 p. 100	1.200 fr. Invalidité permanente totale
90 à 100 p. 100	1.200 à 810 fr.
Membre supérieur { Main, avant-bras . . . . 70 p. 100	630 fr.
Membre supérieur { Épaule . . . . 80 —	720 —
Membre inférieur { Pied, jambe. . . . . . 60 —	540 —
Membre inférieur { Cuisse 1/3 inférieur . . . 60 —	540 —
Membre inférieur { Cuisse 1/3 supérieur . . . 70 —	630 —
Membre inférieur { Hanche . . . . 80 —	720 —
80 à 100 p. 100	1.200 à 720 fr.
100 p. 100	1.200 fr.
100 —	1.200 —
80 —	720 —
Avant opération ou inopérable . . 100 p. 100	1.200 fr.
Après opération . . . . 20 à 30 p. 100	270 à 180 fr.

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX pour un soldat de 2e classe
4e CLASSE *(Suite).*	
6. — Ablation simultanée du pénis et des testicules par blessure. .	750 fr.
7. — Ankylose simultanée de plusieurs articulations des membres supérieurs et des membres inférieurs, par suite d'affection rhumatismale contractée à l'occasion du service	750 —
5e CLASSE *Perte absolue de l'usage d'un membre. Infirmités équivalentes.*	
8. — Amputation tarso-métatarsienne, médio-tarsienne, sous-astragalienne, lorsque la marche est possible sur le moignon . .	600 fr.
9. — Hémiplégie incomplète / Paraplégie incomplète } permettant quelques mouvements utiles, provenant d'un traumatisme ou des fatigues du service . . .	600 —
10. — Paralysie générale progressive à la période d'état, provenant des fatigues du service.	600 —
11. — Ataxie locomotrice progressive, provenant des fatigues du service.	600 —
12. — Epilepsie, accès épileptiformes, chorée, spasmes fonctionnels, paralysie agitante, spasmodique ou autres névroses de la motilité et de la sensibilité, résultant d'un traumatisme ou d'un fait de guerre	600 —
13. — Paralysie d'un organe important (muscles de l'œil, de la langue, du pharynx, du larynx, de la vessie, du rectum, etc...), provenant d'un traumatisme ou des fatigues du service . .	600 —
14. — Atrophie musculaire progressive ayant envahi tout un membre ou incomplètement deux membres, ou s'étendant aux muscles du tronc, provenant des fatigues du service	600 —
15. — Ulcère ou cicatrice ulcérée, résultant de plaie ou de grande perte de substance	600 —
16. — Eléphantiasis, lèpre, ulcères profonds, étendus ou multiples des pays chauds.	600 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barême* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
60 p. 100 Variable suivant le nombre de membres atteints et la gène fonctionnelle qui en résulte.	540 fr.
Amputation : sous-astragalienne . . . . 40 p. 100	360 fr.
— tarso-métatarsienne, médio-tarsienne lorsque la marche est possible sur le moignon. 30 —	270 —
40 à 70 p. 100	360 à 630 fr.
80 p. 100	720 fr.
60 à 80 p. 100	540 à 720 fr.
30 à 100 —	270 à 1.200 fr.
Muscles de l'œil . . . . 30 p. 100	270 fr.
Paralysie de la langue, du pharynx, du larynx, de la vessie, du rectum, provenant d'un traumatisme ou d'un fait de service. 60 —	540 —
60 à 70 p. 100	540 à 630 fr.
20 à 80 —	180 à 720 —
30 à 100 —	270 à 1.200 —

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX pour un soldat de 2e classe
5e CLASSE *(Suite).*	
17. — Cicatrice étendue et profonde du crâne avec perte de substance du péricrâne et des os dans toute leur épaisseur, provenant d'un traumatisme ou d'une opération	600 fr.
18. — Déviation persistante de la tête et du tronc, produisant une gêne considérable des mouvements et résultant d'un traumatisme ou d'une affection contractée à l'occasion du service (lésion du rachis ou des muscles)	600 —
19. — Surdité complète des deux côtés, résultant d'une blessure ou d'une maladie contractée à l'occasion du service	600 —
20. — Destruction, atrophie d'un œil ou perte complète de la vision.	600 —
21. — Perte de la vue d'un côté et diminution de la vue de l'autre côté, ou affaiblissement de l'acuité visuelle inférieure à un quart des deux côtés, résultant d'une maladie contractée à l'occasion du service (ophtalmie granuleuse, irido-choroïdite, atrophie papillaire, etc.)	600 —
22. — Déformation de la face, des paupières et des voies lacrymales ; ablation du nez, etc..., occasionnant une gêne fonctionnelle importante, et résultant d'un traumatisme	600 —
23. — Déformation de l'une ou l'autre mâchoire, avec perte de substance étendue ; déviation des arcades dentaires ou perte de la plupart des dents ; ou destruction de la voûte palatine, du voile du palais ; ou ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, résultant d'une blessure.	600 —
24. — Fistule persistante ou rétrécissement des voies aériennes de cause traumatique (fracture du larynx, plaie de la trachée, etc.). Laryngo-trachéotomie pratiquée pour une maladie contractée à l'occasion du service et nécessitant le port permanent d'une canule	600 —
25. — Fistule persistante ou rétrécissement du pharynx ou de l'œsophage, par suite de blessure.	600 —
26. — Fistule persistante, ou rétraction considérable du thorax résultant soit d'un traumatisme, soit d'une pleurésie ou de l'opération de l'empyème, si la maladie a été occasionnée par les fatigues ou dangers du service, indépendamment de toute prédisposition constitutionnelle appréciable	600 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barême* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
30 p. 100	270 fr.
20 à 50 p. 100	180 à 450 fr.
50 p. 100	450 fr.
30 —	270 —
30 à 90 p. 100	270 à 810 fr.
20 à 60 —	180 à 540 —
10 à 40 —	90 à 360 —
Perte de la plupart des dents résultant d'une blessure . . . . 20 p. 100	180 fr.
30 à 50 p. 100	270 à 450 fr.
20 à 50 —	180 à 450 —
30 à 60 —	270 à 540 —

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX pour un soldat de 2e classe
5e CLASSE *(Suite).*	
27. — Hernie irréductible du poumon de cause traumatique . . .	600 fr.
28. — Affection chronique du cœur et des gros vaisseaux provenant d'un traumatisme ou d'une maladie rhumatismale ou infectieuse, contractée à l'occasion du service	600 —
29. — Bronchite chronique, compliquée d'emphysème et d'affection du cœur ou d'accès d'asthme provenant des fatigues du service.	600 —
30. — Tuberculose des organes respiratoires (larynx, poumons, plèvres) ou des organes digestifs (intestin, péritoine, viscères, etc...), provenant des fatigues ou dangers du service et indépendante de toute prédisposition constitutionnelle appréciable	600 —
31. — Affection chronique de l'estomac consécutive à une maladie endémique des pays chauds, ou provenant d'un long séjour dans ces contrées ou des fatigues du service en campagne .	600 —
32. — Dysenterie, diarrhée chronique, ayant amené la détérioration de la constitution ; contractée dans les pays chauds ou dans le service en campagne	600 —
33. — Engorgement chronique ou abcès du foie, dû à l'influence palustre ou à un séjour prolongé dans les pays chauds . .	600 —
34. — Cachexie palustre avec détérioration de la constitution et engorgement des viscères, ou néphrite et hydropisie . . .	600 —
35. — Hernie ventrale volumineuse ou éventration	600 —
36. — Fistule stercoraire d'origine traumatique	600 —
37. — Rétrécissement ou prolapsus du rectum ; fistule incurable à l'anus, à la suite de blessure de guerre, de diarrhée ou de dysentérie des pays chauds	600 —
38. — Néphrite et cystite purulente ; concrétions urinaires : fistule vésicale ou uréthrale ; rétrécissement incurable ou perte de substance irrémédiable de l'urèthre, causant l'incontinence ou la rétention d'urine d'origine traumatique	600 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barème* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
60 à 100 p. 100	540 à 1.200 fr.
60 à 100 —	540 à 1.200 —
30 à 100 —	270 à 1.200 —
40 à 100 —	360 à 1.200 —
50 p. 100	450 fr.
50 à 70 p. 100	450 à 630 fr.
20 à 60 —	180 à 540 —
50 à 60 —	450 à 540 —
20 à 60 —	180 à 540 —
50 à 70 —	450 à 630 —
Rétrécissement ou prolapsus du rectum. 40 à 60 p. 100	360 à 540 —
Fistule incurable à l'anus, à la suite de blessure de guerre, de diarrhée ou de dysenterie des pays chauds . . . 20 à 40 —	180 à 360 —
60 à 100 p. 100	540 à 1.200 —

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX pour un soldat de 2e classe
5e CLASSE *(Suite).*	
39. — Ablation totale du pénis ; Ablation ou destruction des deux testicules. } par suite de traumatisme.	600 fr.
40. — Abcès par congestion symptomatique d'une lésion incurable du rachis ou du bassin, provenant d'un traumatisme ou des fatigues du service	600 —
41 Impotence absolue d'un membre résultant de { Paralysie d'origine traumatique, rhumatismale ou autre ; Atrophie musculaire ou trophique d'origine rhumatismale ou autre ; Arthrite suppurée chronique d'une grande articulation, d'origine rhumatismale ou autre ; Déformation et ankylose des articulations, consécutives à un rhumatisme chronique ; Rétraction musculaire et tendineuse ou par brides et adhérences cicatricielles ; Déviation ou raccourcissement considérable par suite de fracture vicieusement consolidée ou d'opération de résection ; Pseudarthrose consécutive à une fracture ou à une résection ; Périosto-myélite généralisée chronique, de cause traumatique ; Luxation non réduite d'une grande articulation ; Anévrisme diffus, anévrisme artérioso-veineux étendu provenant d'une blessure.	600 —
42 Ankylose complète { de l'épaule ; du coude dans l'extension de la hanche dans la flexion ou avec déviation du membre ; du genou dans la flexion du pied fortement dévié ou luxé. } par suite de traumatisme, de résection ou d'affection rhumatismale ou autre provenant des fatigues du service.	600 —
43. — Flexion ou extension permanente de tous les doigts de la main, résultant d'un traumatisme ou d'une affection contractée à l'occasion du service	600 —
44. — Ablation simultanée du pouce et de l'index, avec ou sans enlèvement des métacarpiens correspondants	600 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barème* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
20 à 40 p. 100	180 à 360 fr.
30 à 60 —	270 à 540 —
60 à 70 —	540 à 630 —
40 à 60 —	360 à 540 —
Ankylose complète de l'épaule . . . . . . 30 à 50 p. 100	270 à 540 fr.
Ankylose complète du coude dans l'extension . 50 p. 100	450 fr.
Ankylose complète de la hanche dans la flexion ou avec déviation du membre. . . . . . . 50 —	450 —
Ankylose complète du genou dans la flexion . 60 —	540 —
Ankylose complète du pied fortement dévié ou luxé . . . . 30 à 50 p. 100	270 à 450 fr.
50 p. 100	450 fr.
40 à 50 p. 100	360 à 450 fr.

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE		TAUX pour un soldat de 2e classe
	5e CLASSE *(Suite).*	
45 Ablation	de trois doigts et de leurs métacarpiens ; des quatre derniers doigts de la main ; de deux doigts avec gêne des mouvements ou déviation des doigts conservés et atrophie de la main.	600 fr.
46 Ablation	des deux premiers métatarsiens ; des trois derniers métatarsiens ;	600 —
	6e CLASSE	
47.	— Cicatrices étendues, douloureuses, rétractées, ulcéreuses, adhérentes aux organes profonds ou accompagnées de hernie musculaire occasionnant une gêne fonctionnelle importante, quelle que soit la région	600 fr.
48.	— Fistule persistante provenant d'une périostite nécrosique ou carieuse d'origine traumatique	600 —
49.	— Tumeur de nature diverse, occasionnant un trouble fonctionnel grave et provenant manifestement d'un traumatisme dans le service	600 —
50.	— Diminution très prononcée de l'ouïe des deux côtés, ou surdité complète d'un côté avec paralysie faciale ou destruction de l'appareil auditif externe, résultant d'une blessure ou d'une maladie contractée à l'occasion du service	600 —
51.	— Suivant décision du 1er mars 1907, la perte de la vision d'un côté est rangée, dans tous les cas, dans la 5e classe (No 20, *B. O.*, 1908, p. 787)	»
52.	— Hernie inguinale ou crurale (unique ou double), lorsqu'elle est irréductible ou présente des difficultés exceptionnelles de contention.	600 —
53.	— Hémorroïdes volumineuses et permanentes, ayant amené l'affaiblissement de la constitution, et développées sous l'influence du séjour dans les pays chauds	600 —
54.	— Hydrocèle, hématocèle, devenu incurable par l'épaississement des parois vaginales ou par toute autre complication et ayant pour origine un traumatisme attribuable au service . . .	600 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barème* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
30 à 60 p. 100	270 à 540 fr.
20 p. 100	180 fr.
20 à 60 p. 100	180 à 540 fr.
20 à 50 —	180 à 450 —
20 à 60 —	180 à 540 —
10 à 30 —	90 à 270 —
»	»
10 à 40 —	90 à 360 —
20 à 50 —	180 à 450 —
40 p. 100	360 fr.

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX pour un soldat de 2e classe
6e CLASSE (*Suite*).	
55 Varices développées, oblitérations veineuses } compliquées d'œdème permanent, de troubles tropbiques prononcés ou d'ulcères	600 fr.
56 Paralysie incomplète ; atrophie incomplétc } d'un membre d'origine traumatique, rbumatismale (sciatiquc ou autre), attribuable aux fatigues ou dangers du service	600 —
57 Déviation partielle ct rétraction particlle } d'un mcmbre par contracture ou paralysic musculaire, cicatrices adhércntes ou brides cicatricielles . . .	600 —
58. — Cal irrégulier, difformc, avec chevauchement ou direction vicieuse, ostéite ou cicatrice adhérente, etc..., résultant d'une fracture des os longs des membres, des os du bassin ou de l'omoplate, et occasionnant une gêne considérable des fonctions	600 —
59. — Artbrite cbronique non suppurée d'une grande articulation d'origine traumatique, rhumatismale ou autre, attribuable aux fatigues ou dangers du service.	600 —
60 Ankylose complétc { du coude dans la flexion ; du poignet avec gêne des mouvements de pronation, de supination et des doigts ; de la hanche dans la rectitudc du membre ; du genou dans l'extension ; du pied avec déformation, engorgement ou atropbie et gêne des mouvemcnts des orteils. } par suite de traumatisme, de résection ou d'affection rbumatismale ou autre provenant des fatigues du service.	600 —
61. — Luxation non réduite du poignet ou des os du tarse, lorsqu'elle détermine une gêne fonctionnelle importante	600 —
62. — Luxation non réduite du pouce et du gros orteil, accompagnée de cicatrices adhérentes et de raideur des autres doigts . .	600 —

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barème* »		TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
20 à 30 p. 100		180 à 270 fr.
20 à 30 —		180 à 270 —
20 à 30 —		180 à 270 —
10 à 60 —		90 à 540 —
10 à 50 —		90 à 450 —
Ankylose complète :		
du coude dans la flexion	30 à 60 p. 100	270 à 540 —
du poignet avec gêne des mouvements de pronation, de supination et des doigts.	10 à 50 —	90 à 450 —
de la hanche dans la rectitude du membre	40 à 50 —	360 à 450 —
du genou dans l'extension	30 à 40 —	270 à 360 —
du pied avec déformation, engorgement ou atrophie et gêne des mouvements des orteils.	10 à 30 —	90 à 270 —
20 à 40 p. 100		180 à 360 —
10 à 20 —		90 à 180 —

LOI DE 1831 (Echelle de gravité de 1887) NUMÉROS DE LA NOMENCLATURE	TAUX — pour un soldat de 2e classe
6e CLASSE *(Suite).*	
63. — Flexion ou extension permanente des trois doigts de la main avec gêne des mouvements des autres doigts ou atrophie de la main et de l'avant bras.	600 fr.
64. — Ablation du pouce avec ou sans enlèvement simultané de son métacarpien	600 —
65. — Ablation { de deux doigts avec enlèvement simultané ; des métacarpiens correspondants ; de deux doigts avec raideur des doigts conservés ; Toute autre mutilation analogue des doigts et de la main, entraînant une gêne fonctionnelle importante	600 —
66. — Ablation { de tous les orteils d'un pied ; du premier métatarsien et du gros orteil ; de deux autres métatarsiens.	600 —

II. — POINTS FAIBLES DE LA LOI DE 1831

« Ce n'est pas entièrement médire de quelque chose d'y trouver des défauts ; il s'en trouve en toutes choses pour belles et désirables qu'elles soient ». Nous reconnaissons, après beaucoup d'autres, que l'échelle de gravité qui pourrait être établie actuellement différerait notablement de celle de 1887.

Les critiques qui lui ont été adressées ne sont pas toutes justifiées, parce qu'on compare toujours deux lois si dissemblables, celle de 1831 sur les pensions de l'armée, et celle de 1898 sur les accidents du travail. La loi de 1831, nous le répétons, accordait une récompense nationale à certaines infirmités graves et incurables qui mettaient le sous-officier et le soldat de carrière dans l'impossibilité absolue de servir ; on en concluait donc tout naturellement que ces militaires, ne pouvant plus exercer leur métier, étaient, de ce fait, hors d'état de pourvoir à leur subsistance.

LOI DE 1898 POURCENTAGE d'après les chiffres du « *Guide Barème* »	TAUX à raison de 1.800 francs Salaire d'un ouvrier
20 à 50 p. 100	180 à 450 fr.
20 à 30 —	180 à 270 —
10 à 50 —	90 à 450 —
10 à 30 —	90 à 270 —

Les différentes commissions qui successivement ont élaboré un tableau de classification sont donc restées dans l'esprit même de la loi en rangeant dans la sixième classe de l'échelle de gravité certaines infirmités jugées incompatibles avec le service militaire, mais que la loi de 1898 rémunère à un taux bien inférieur.

Les critiques que nous pourrions adresser à l'échelle de gravité sont de tout autre ordre. La loi de 1831 a réservé les classes les plus élevées aux aveugles et aux amputés. Il en résulte que certaines infirmités ne sont pas indemnisées comme elles devraient l'être, bien que leur caractère de gravité mette réellement les intéressés « hors d'état de pourvoir à leur subsistance ».

En s'en tenant au sens strict de la loi, la quatrième classe de l'échelle de gravité ne devrait comporter qu'un seul numéro, à savoir : Hémiplégie complète ; paraplégie complète. En effet, la loi n'admet pas d'équivalences pour la quatrième classe. Mais, déjà en 1887, la Commission qui a élaboré le tableau de classifi-

cation a senti le besoin d'élargir le cadre rigide, étouffant, de la loi de 1831 : la Commission, s'en tenant non à la lettre, mais à l'esprit de la loi, a rangé dans la quatrième classe des infirmités qui, anatomiquement et physiologiquement, ne constituent pas la perte absolue de l'usage de deux membres, mais qui y sont reconnues équivalentes. La Section des Finances du Conseil d'Etat n'admet pas ces équivalences. L'avis de la Section des Finances du Conseil d'Etat est d'ailleurs purement consultatif et ne lie en rien le Ministre liquidateur qui peut passer outre s'il le juge convenable. En fait, toutes les altérations graves des fonctions cérébrales rangées dans la quatrième classe, ne sont-elles pas autrement graves que l'amputation d'un pied rangée dans la troisième classe ?

Tel est, à notre avis, le point le plus imparfait de la loi de 1831 ; elle a trop négligé les infirmités pour favoriser surtout les blessures. Mais c'est la loi ; il n'y a qu'à s'y conformer.

C'est également s'y conformer que d'y faire rentrer toutes les infirmités figurant à l'échelle de gravité. De nombreux experts ont écrit de longs rapports pour démontrer qu'il était absurde de considérer comme hors d'état de pourvoir à leur subsistance, des blessés amputés d'un pouce ou du premier métatarsien et du gros orteil.

Pourquoi ces discussions alors qu'il s'agit d'appliquer un texte impératif, adopté depuis 1887?

III. — ÉTUDE DE L'ÉCHELLE DE GRAVITÉ

Pour rester fidèles au programme que nous nous sommes fixé, c'est-à-dire pour rester sur le terrain pratique, nous allons examiner les numéros de l'échelle de gravité (pp. 84 à 99) qui ont pu donner lieu à des interprétations différentes.

Première classe

Cécité pratique. — « La loi de 1831, en rangeant la cécité « et uniquement la cécité dans la première classe de l'échelle de

« gravité, a exprimé nettement la volonté d'accorder aux aveugles « un traitement spécial. Le tableau de l'échelle de gravité, pour « supprimer toute équivoque sur l'interprétation à donner au « terme « Cécité », ajoute : Perte totale et irrémédiable de la vue.

« Depuis le début des hostilités, et à plusieurs reprises, le Con- « seil d'Etat a donné à cette expression une interprétation moins « étroite ; avec les ophtalmologistes, il admet une *cécité pratique*. « Les ophtalmologistes sont d'accord pour considérer comme « atteints pratiquement de cécité tous ceux dont la vision centrale « est égale ou inférieure à 1/20 d'un côté, et inférieure à 1/20 « ou nulle de l'autre côté. Cet état peut résulter soit de lésions « non incurables, mais néanmoins nettement établies, soit de « lésions définitives et incurables.

« Dans le premier cas l'infirmité justifie une gratification renou- « velable de première catégorie (100 0/0) ;

« Dans le second cas, l'infirmité ouvre des droits à une pension « de retraite de première classe. Dans cette catégorie, peuvent « rentrer, par exemple, outre l'absence et l'atrophie des deux « globes ou l'atrophie complète des nerfs optiques : les leucômes « et les staphylômes cicatriciels occupant la plus grande partie des « cornées ; les vastes lésions cicatricielles de la chorio-rétine, dans « le pôle postérieur, les décollements de la rétine à la période « régressive.

« Il est entendu que dans tous les cas de ce genre les proposi- « tions des médecins experts doivent être appuyées de rapports « d'ophtalmologistes, rapports établissant nettement la nature des « infirmités, leur gravité, le degré d'acuité visuelle mesurée aussi « bien pour la vision centrale que pour la vision périphérique avec « tous les appareils dont ils disposent, établissant en un mot que « la proposition est complètement justifiée » (1).

Enquêtes au sujet de la cécité pratique. — Certains médecins spécialistes, sur la demande de la section des finances du Conseil d'Etat, ont eu à examiner à titre de contre-experts des blessés atteints de lésions oculaires entraînant une diminution notable de l'acuité visuelle. Le Conseil d'Etat demande « que le dossier soit complété par la production de documents précisant comment se traduit en pratique l'infirmité ». En résumé, il s'agit de savoir si

(1) Circulaire 356 C*i*/7 du sous-secrétaire d'Etat (10 décembre 1916).

l'intéressé est ou n'est pas atteint pratiquement de cécité. Dans ces cas tout particuliers, où le médecin expert ne peut pas toujours se prononcer immédiatement, nous conseillons de demander par l'intermédiaire du Général commandant la subdivision, une enquête DISCRÈTE portant sur les points suivants :

Comment s'est comporté l'intéressé depuis son retour dans ses foyers ? A-t-il vécu comme un aveugle ? A-t-il pu sortir seul ? A-t-il pu vaquer à certaines occupations ? A-t-il pu se livrer à des travaux qu'un aveugle n'aurait pas pu accomplir ? A plusieurs reprises nous avons obtenu des renseignements très précis. Dans un cas, notamment, où un œil étant énucléé, l'acuité visuelle de l'autre œil était évaluée à 1/30, l'enquête a démontré que l'intéressé, non seulement pouvait vaquer à ses occupations des champs, mais qu'il allait à bicyclette.

Troisième classe

Conditions nécessaires pour justifier la 3e classe. — Pour justifier la 3e classe, une infirmité doit comporter au minimum l'amputation totale d'une main ou d'un pied.

Un blessé avait subi la désarticulation métacarpo-phalangienne de tous les doigts, y compris le pouce avec son métacarpien. Tous les médecins avaient été unanimes à proposer une pension de 3e classe. La section des finances du Conseil d'Etat a fait observer : « Que dans ces conditions (l'intéressé) ne saurait être regardé comme ayant subi l'amputation d'un membre ». Rappelons que le Ministre peut passer outre à l'avis de la section des finances.

Il peut y avoir une exception lorsqu'à la suite d'une opération partielle d'un pied, la marche est impossible sur le moignon, (Voir à ce sujet le no 8 de la 5e classe de l'échelle de gravité).

Quatrième classe (1)

[**No 1**]. — Nous ne saurions trop recommander aux médecins-experts de se montrer prudents avant de conclure immédiatement à l'incurabilité. Nous ne pouvons que résumer entre autres observations, l'une des plus typiques.

(1) Les numéros en chiffres gras renvoient au tableau de l'ÉCHELLE DE GRAIVTÉ, pages 84 à 99.

« X... blessé le 5 septembre 1914 par une balle ayant pénétré dans la région sacrée. Il sort de l'hôpital le 25 juin 1915 avec le diagnostic : paraplégie spasmodique avec tremblements ; exagération des réflexes rotuliens, clonus du pied, signe de Babinski ».

Les médecins-experts proposent, les uns la 4e classe (no 1), les autres la 5e classe (no 9) de l'échelle de gravité. Un neurologiste est chargé spécialement, en avril 1916, d'aller examiner sur place ce paralytique et de dire en particulier : 1o si la paraplégie est complète ou incomplète ; 2o s'il y a ou non perte absolue de l'usage des deux membres inférieurs. L'expert répond : « Certifie m'être rendu au domicile du blessé et avoir constaté ce qui suit : Lors de mon arrivée, il se trouvait dans un pré à quelque cent mètres de sa maison, et s'y promenait, les mains dans les poches avec un ami. Interpellé par les voisins, il vint à moi sans aucune difficulté ou douleur apparentes, avec son compagnon, au point que je ne pouvais reconnaître des deux hommes qui s'avançaient lequel devait être le blessé ».

Ces cas extrêmes sont relativement rares.

Avant d'écrire ce qui suit, nous avons relu un grand nombre de rapports établis par des maîtres incontestés de la science française ; les dimensions de ce volume ne permettent pas de reproduire, même partiellement, ces documents qui constitueront plus tard une mine inépuisable de renseignements. De la lecture de ces rapports, il résulte que chaque cas est vraiment un cas d'espèce, et il est impossible d'arriver à en tirer pour les médecins experts des conseils pratiques de nature à leur servir de ligne de conduite. Toutefois, nous avons été frappés de la prudence avec laquelle ces maîtres formulent leur pronostic : *rarement ils concluent d'emblée à l'incurabilité*. Comme eux, les médecins-experts devront donc être réservés, d'autant plus que l'expérience de la guerre a démontré, dans des cas nombreux, des améliorations notables à la suite de blessures même très graves au début. Ils peuvent d'autant plus se montrer prudents que l'instruction sur les gratifications renouvelables les autorise à proposer des taux d'invalidité pouvant aller jusqu'à cent pour cent. En cas d'incurabilité reconnue, l'hémiplégie doit être complète, au sens strict du mot. Sinon, voir no 9.

[**No 2**]. — Les lésions cérébrales consécutives à des traumatismes sont fréquentes depuis le début des hostilités ; elles don-

nent lieu, soit à des troubles intellectuels, soit à des troubles moteurs, soit ordinairement à une association de ces différents éléments.

« Lorsque les militaires rattachent leurs infirmités aux fatigues résultant de travaux intellectuels, la jurisprudence exige pour reconnaître le droit à pension, que ces travaux aient un caractère extraordinaire, et qu'ils aient été exécutés par ordre, conformément aux règlements militaires. C'est ainsi que la pension a été accordée à un brigadier de la garde républicaine ayant contracté une névrose en faisant pendant trois mois des travaux d'écriture à la lumière d'un bec de gaz trop rapproché de sa tête. Elle a été refusée à la veuve d'un capitaine-trésorier décédé en non-activité d'urémie cérébrale, soi-disant causée par le surmenage dans l'exercice de ses fonctions ; à un sous-officier dont l'anémie cérébrale avait été causée par la préparation des examens à l'école de Saint-Maixent, préparation n'ayant aucun caractère de service commandé, malgré l'autorisation de concourir donnée par les supérieurs » (1).

Psychoses. — La Société de neurologie s'est longuement occupée des psychoses et des solutions à prendre aussi bien au point de vue militaire qu'au point de vue de l'indemnisation. La question est tellement complexe que seuls des spécialistes qualifiés peuvent dans chaque cas proposer une solution.

Psychopathies aiguës, lésionnelles, toxi-infectieuses ou commotionnelles ; affaiblissements psychiques chroniques, traumatiques ou infectieux ; psychoses chroniques post-confusionnelles ; états maniaques et mélancoliques ; psychoses chroniques d'emblée ; autant d'affections où le médecin spécialiste peut et doit renseigner les médecins-experts aussi bien sur la solution militaire que sur le taux d'invalidité à proposer.

[**N° 3**]. — On est d'accord aujourd'hui sur l'étiologie de l'affection ; la notion d'une syphilis préexistante n'était pas établie en 1887 lorsque parut l'échelle de gravité.

La question de la paralysie générale a été discutée par les neurologistes et psychiatres, qui ont admis que « l'affection ne pouvait être imputée au service que dans les cas exceptionnels où un traumatisme encéphalique peut être légitimement invoqué dans

(1) Tardieu, *op. cit.*, page 133.

l'accélération ou l'aggravation de la maladie auxquels cas on peut appliquer un taux de 10 à 30 0/0 ».

Cette proposition est extrêmement importante :

a) parce qu'elle limite les cas où l'on peut imputer la maladie à un fait de service ;

b) Parce que, malgré la gravité de l'affection, les neurologistes en fixant de 10 à 30 0/0 le taux d'invalidité n'ont voulu indemniser que la part à faire à l'aggravation, déclarant : « Qu'on ne doit pas assimiler l'aggravation à l'origine ».

La jurisprudence, actuellement en vigueur, ne permet pas d'adopter encore les conclusions émises par la Société de neurologie sur la question indemnisation. Nous savons, en effet, que l'aggravation donne droit à la pension au même titre que l'origine directe et cette mesure devra être appliquée aussi longtemps qu'une nouvelle jurisprudence ne sera pas adoptée.

Mais en ce qui concerne la notion d'étiologie, les experts devront rechercher avant tout si l'affection a pu être aggravée par un traumatisme crânien « qui a fait du candidat un élu ». Dans ce cas, la pension pourra être proposée. S'il n'y a pas de traumatisme, et jusqu'à plus ample informé, les médecins-experts devront faire ressortir les fatigues exceptionnelles auxquelles a été soumis l'intéressé. Nous avons vu des dossiers de paralysie générale survenue quelques jours après les hostilités et imputée soit au choc moral subi par la nouvelle de la déclaration de guerre, soit à l'émotion causée par le rappel sous les drapeaux. Ces arguments ne peuvent pas autoriser à conclure à une proposition de pension.

[**N° 4**]. — En examinant attentivement chacun des alinéas du n° 4, on pourra constater que chacun d'eux vise des mutilations entraînant simultanément une gêne fonctionnelle importante de deux grandes fonctions physiologiques au moins.

Et la preuve en est que l'alinéa 1, par exemple, exige une mutilation atteignant à la fois, l'œil, l'orbite et le maxillaire supérieur ; or, l'orbite est constitué anatomiquement dans son rebord inférieur par le maxillaire supérieur : donc, les deux termes orbite et maxillaire supérieur, inscrits à la suite, indiquent bien que la mutilation doit s'étendre à la partie du maxillaire supérieur qui, non seulement constitue l'orbite, mais encore le massif osseux de la face ou du palais. Le n° 4 trouve donc son application non pas dans les cas où il y a simplement une cicatrice

entraînant une dépréciation esthétique, mais lorsque la mutilation porte sur le massif osseux et provoque une gêne fonctionnelle très importante.

[**N° 5**]. — La *fistule stomacale* et *l'anus contre nature* résultant d'une blessure, ne sont plus, en général, au-dessus des ressources de la chirurgie. Avant donc que de conclure à l'incurabilité, les médecins-experts devront s'assurer que cette pénible infirmité ne peut pas être guérie par une intervention chirurgicale. Il y a lieu de remarquer que la 4e classe est réservée aux fistules haut situées sur le trajet de l'intestin. La fistule stercorale siégeant sur le gros intestin motive la 5e classe.

[**N° 7**]. — Le n° 7 ne vise que l'ankylose consécutive au rhumatisme chronique, à l'exclusion des ankyloses consécutives aux blessures de guerre. Dans cette dernière hypothèse, il faudrait envisager chacune des articulations atteintes, et suivant les cas, faire jouer ou non la règle du cumul (voir cumul). Il y a lieu de remarquer que le n° 7 ne peut s'appliquer qu'au cas où l'ankylose frappe simultanément plusieurs articulations des membres supérieurs *et* des membres inférieurs. Donc, une ankylose de toutes les articulations d'un membre ne justifierait pas ce numéro.

Cinquième classe

[**N° 8**]. — En reportant de la quatrième à la cinquième classe les amputations partielles du pied, l'instruction ajoute : « lorsque la marche est possible sur le moignon ». Si la marche est impossible sur le moignon, l'infirmité justifie la troisième classe.

Toutefois, il est bien évident qu'il n'y a pas lieu de proposer immédiatement pour la troisième classe des blessés qui, plusieurs mois après une amputation partielle du pied, ont encore un moignon douloureux et sont obligés de se servir de béquilles. L'impossibilité de marcher sur le moignon doit être définitive et résulter de complications également définitives et incurables (renversement du moignon, par exemple).

La conclusion pratique est, qu'en cas d'amputation partielle du pied, il est prudent de proposer d'abord la cinquième classe : ultérieurement, après consolidation de la blessure, l'intéressé

pourra, s'il y a lieu, faire valoir ses droits à une élévation de classe.

[**N° 9**]. — Se reporter aux observations formulées au n° 1.

[**N° 10**]. — Voir le n° 3.

[**N° 11**]. — *Ataxie locomotrice.* — Le guide-barème des invalidités résume bien ce qu'on sait actuellement du Tabès : « Comme pour la paralysie générale, bien que THÉORIQUEMENT « le tabès reconnaisse aujourd'hui pour cause unique la syphilis, « pratiquement, l'origine traumatique n'en existe pas moins.

« Il suffit, et il importe d'établir, pour que cette origine puisse « être mise en cause, que les signes du tabès n'existaient pas « antérieurement, qu'ils se sont développés à la suite de trau- « matisme, et qu'ils sont apparus peu de temps après.

« Quoi qu'il en soit, il est certain que le tabès purement trau- « matique est exceptionnel.

« Le plus souvent, il est seulement RÉVÉLÉ par l'accident, « alors qu'il existait à l'état latent, ou bien il est AGGRAVÉ, soit « dans son évolution, soit par l'apparition de complications « d'origine traumatique (Arthropathies ou fractures, Oddo).

« Il est évident qu'on ne saurait admettre l'action du trauma- « tisme que lorsque la maladie préexistante n'est pas à une « phase avancée de son évolution.

« Malgré tout, l'interprétation relative au tabès traumatique « sera toujours difficile, et chaque cas d'espèce devra faire l'objet « d'une étude médicale approfondie ».

Dans les cas de ce genre, les médecins-experts ont donc à s'occuper tout spécialement de la question d'origine. Nous avons eu l'occasion de voir un certain nombre d'observations de « Tabès incipiens » dont l'aggravation a été nettement rattachée à un traumatisme. En voici une, entre autres :

X... enseveli le 8 septembre 1914 par un éclatement de gros obus sans production de plaie, ni de fracture ; consécutivement, incontinence d'urine vraie ; anesthésie complète à la piqûre de la verge et du scrotum. Abolition des reflexes. La réaction de Wassermann est telle, que le malade doit être considéré comme suspect. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accomodation, mais faiblement.

Après avoir éliminé l'hématomyélie du cône terminal, le savant

spécialiste, auteur du rapport, admet le diagnostic de tabès incipiens, et il conclut ainsi : « Comme d'une part l'influence du traumatisme sur son apparition n'est pas douteuse en fait ; comme d'autre part, il est admis en médecine légale que le tabès apparaissant, même chez un syphilitique avéré, après un traumatisme, doit être, en droit, mis au compte du traumatisme, il y a lieu de considérer l'état du soldat X... comme une conséquence de la blessure qu'il a reçue le 8 septembre 1914 ».

« Enfin, comme il y a lieu dans l'évaluation d'incapacité fonctionnelle de tenir compte seulement de l'état actuel, on peut maintenir à 40 0/0 le chiffre de cette incapacité. Mais si on peut admettre que l'incontinence d'urine en tant que symptôme du tabès est susceptible de disparaître, il ne faut pas oublier que pratiquement le tabès peut être considéré comme incurable dans l'état actuel de nos connaissances, et toujours susceptible d'aggravation. Il importe donc de faire des réserves pour l'avenir de cet homme ».

Comment les médecins-experts doivent-ils conclure au point de vue de l'incurabilité ?

Il semble bien qu'il y a lieu de surseoir avant de proposer immédiatement la pension de retraite ; d'abord parce que souvent pendant de longues années, l'infirmité ne présente pas les caractères de gravité suffisants pour justifier la pension, et que le diagnostic au début est souvent délicat. Nous avons eu, entre autres, une très belle observation d'un neurologiste, qui, dans un cas difficile, conclut nettement à un pseudo-tabès.

[**N° 12**]. — *Epilepsie.* — Signalons seulement, à titre d'indication, qu'il résulte d'un examen de la question par la société de neurologie que l'épilepsie est presque toujours sans rapport précis avec les faits de guerre : on peut néanmoins voir les crises se multiplier ou même survenir pour la première fois à la suite d'une explosion, d'une blessure, même non crânienne ou d'une infection grave.

Névroses. Psycho-névroses. — Dans tous les cas de névroses ou de psycho-névroses, non seulement les médecins-experts ne devront jamais proposer d'emblée la pension, mais encore la réforme, sans avoir soumis l'intéressé à l'examen d'un spécialiste. La société de neurologie propose de ne pas accorder la

réforme en cas d'accidents hystériques. Jusqu'à plus ample informé on suivra les indications du Guide-Barême.

Pour les troubles nerveux dits « réflexes », elle propose, après un traitement prolongé, soit le service auxiliaire, soit la réforme temporaire avec taux de gratification proportionné à la gêne fonctionnelle.

Enfin, pour les états neurasthéniques bien caractérisés, le plus souvent le service auxiliaire, exceptionnellement réforme temporaire avec ou sans gratification.

Ces diagnostics délicats exigent, nous le répétons, l'examen prolongé d'un spécialiste.

[**N° 13**]. — Il vise la paralysie d'un organe important : la pension est justifiée seulement dans le cas où l'organe est TOTALEMENT et DÉFINITIVEMENT paralysé.

[**N° 17**]. — *Cicatrice étendue et profonde du crâne.*

Ce numéro a été la cause de bien des discussions. La proposition de pension est justifiée du fait seul que la perte de substance osseuse atteint la dimension d'une pièce de cinq francs, et qu'elle intéresse toute l'épaisseur de l'os. Lorsque la perte de substance n'atteint pas ces dimensions il y a lieu de se reporter au Guide-Barême. Bien souvent, les médecins ont proposé la pension, alors que l'intervention chirurgicale avait porté uniquement sur la table externe. Ces experts se sont laissés tromper par la dépression osseuse, et souvent aussi par des indications figurant sur certains billets d'hôpital, qui adoptent le terme générique de trépanation pour toute intervention sur le crâne.

Les erreurs de diagnostic et de pronostic sont faciles :

En voici un exemple bien typique :

« Proposition de pension pour : fracture du crâne avec cicatrice « douloureuse, à la région pariétale gauche ; troubles paralyti- « ques graves (perte des réflexes, inégalité des pupilles, troubles « du langage articulé, logoplégie) (15 octobre 1915).

« Le 31 janvier 1916, le contre-expert, Professeur de Faculté, « répond ce qui suit :

« Ce militaire présente une blessure par balle dans la région « pariétale à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane : la cica- « trice est parfaitement nette et plane ; à son niveau se trouvent « encore quelques bulbes pileux. Les réflexes, crémastériens, abdo- « minaux, peauciers, pharyngé et palatin sont normaux : les

« réflexes pupillaires sont un peu lents : la pupille droite est un
« peu plus grande que la gauche.

« Il présente des troubles de la parole caractérisés par des alternatives d'arrêt et d'explosions de mots, tels qu'on en observe « dans les grands bégaiements. En même temps se produisent des « mouvements, tantôt cloniques et tantôt toniques de tous les « muscles de la face (mâchoires, lèvres, paupières), phénomènes « également très fréquents dans les troubles convulsifs de la « parole.

« Mais il est à remarquer que les troubles respiratoires qui « jouent le rôle essentiel dans les bégaiements vrais, sont ici très « peu accentués.

« Ces troubles qui s'observent communément chez des sujets « névropathes, en dehors de toute espèce de traumatisme, ne sauraient être rattachés à une lésion cérébrale. D'ailleurs la cicatrice crânienne est tout à fait superficielle, à tel point qu'elle « contient même un certain nombre de bulbes pileux. Il n'y a au « niveau du crâne qu'un très léger sillon ayant à peine intéressé « la table externe, et l'on peut affirmer qu'il n'y a dans la profondeur aucune lésion.

« Nous concluons qu'il s'agit de phénomènes purement névropathiques et nullement d'une infirmité incurable. Il n'y a donc « pas lieu de réformer ce militaire, même temporairement. Le seul « parti que l'on doive prendre à son égard est de le soigner dans « un service de psychothérapie militaire ».

Cas d'espèces. — 1° Prothèse crânienne. — En prothèse crânienne bien des espérances sont permises, mais ici l'expérience n'a pas encore subi l'épreuve du temps. D'où la règle que, en aucun cas, il ne faut tenir compte de la prothèse : Le droit à pension existe même si la perte de substance est comblée soit par une greffe, soit par un appareil métallique.

2° **Double perte de substance osseuse.** — Lorsqu'un projectile a traversé le crâne et qu'il existe une double perte de substance osseuse, à l'entrée et à la sortie, il n'est pas nécessaire que ces pertes de substance atteignent la dimension d'une pièce de cinq francs pour justifier la pension.

Trépanation et symptômes cérébraux concomitants. — Si la lésion osseuse s'accompagne de symptômes cérébraux (troubles sensitivo-moteurs, troubles intellectuels), il y a lieu d'évaluer le taux d'incapacité résultant de cette complication ; si les troubles

cérébraux sont définitifs et incurables, ils peuvent donner lieu au bénéfice du cumul (voir page 147); si au contraire, ils ne peuvent être considérés comme incurables, ils font l'objet d'une proposition d'invalidité supplémentaire (voir invalidités multiples, page 203); mais ce que les experts doivent éviter, c'est de majorer leur taux d'invalidité en s'appuyant sur l'éventualité possible d'accidents graves. L'expert doit évaluer ce qui est, et non pas ce qui peut être.

Corps étrangers intracrâniens. — Les corps étrangers intercrâniens sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose. La proposition à faire est fonction des accidents constatés.

[**N° 18**]. — Avec la guerre actuelle se sont manifestés nombre de cas de l'affection décrite sous le nom « de *camptocormie. plicature du tronc, cyphose hystérique* ». La maladie est due, soit à une névrose pure, soit à une incurvation associée à des lésions organiques.

Dans le premier cas, le rapporteur de la question à la Société de neurologie propose un taux d'invalidité de zéro. Cette opinion n'est encore qu'à l'état de proposition.

Dans le second cas le taux d'invalidité est fonction de la gravité de la lésion, et l'expert évalue ce taux de 30 à 80 0/0. (1)

[**N° 19**]. — Le nombre des blessés accusant de la surdité est considérable. Autant les propositions pour retraite étaient fréquentes au début des hostilités, autant elles sont devenues rares dans la suite, sans que, d'ailleurs, le nombre des cas observés soit en diminution. Quelle est la part à faire aux lésions définitives, incurables ? à l'hystéro-traumatisme ? A l'exagération, ou même à la simulation ?

Actuellement, la plupart des rapports de spécialistes sont extrêmement réservés sur le pronostic, et il est bien rare qu'ils concluent d'emblée à l'incurabilité. C'est dans les dossiers de lésions auriculaires qu'existent les contradictions les plus nombreuses. Les blessés accusant de la surdité à la suite d'éclatements d'obus, ont été l'objet des propositions les plus diverses. Les uns, proposés pour une pension de retraite reviennent après

(1) Dans tous les cas de ce genre, se reporter à la circulaire du Sous-secrétaire d'Etat n° 430 c[i] 17 (16 février 1917).

un nouvel examen avec le diagnostic de simulateurs ou d'exagérateurs ; les autres, considérés comme atteints d'une affection incurable guérissent complètement après un court traitement chez un neurologiste.

De très nombreuses observations reçues, celle-ci nous paraît digne d'être résumée :

« X... blessé le 4 janvier 1915 près d'Arras par éclatement d'une bombe. Il raconte avoir été projeté à terre et être resté sans connaissance pendant une journée. Au réveil il était atteint d'une surdité bilatérale complète, d'étourdissements. A l'examen il présente l'attitude d'un sourd complet : quand on lui parle, même à voix criée, il semble ne rien entendre et cherche à lire sur les lèvres, mais d'une façon inhabile. Il se plaint d'une surdité totale complète, d'éblouissements, de vertiges. » Le médecin expert conclut à une surdité probablement hystéro-traumatique, et demande l'examen d'un médecin des maladies nerveuses, qui, un mois après, répond : « Cet homme ne présente aucun signe objectif d'affection « organique du système nerveux ; aucune perturbation du vertige « voltaïque, ce qui poussait à croire qu'il s'agissait d'une surdité « presqu'uniquement névropathique.

« Dès la première visite, la contre-suggestion pratiquée dans le ser- « vice a donné un résultat satisfaisant. Le soldat X... a pu entendre « quelques mots prononcés à voix haute. Le traitement physiothé- « rapique a été continué ultérieurement ; après dix jours la guéri- « son a été complète.

« Actuellement cet homme a une audition normale ; il reconnaît « lui-même qu'il entend comme auparavant.

« Il est possible qu'à l'origine, la commotion produite par l'ex- « plosion d'une bombe ait provoqué une perturbation organique, « mais celle-ci n'a été que superficielle. Le résultat du traitement « établit que cette surdité a été, au moins pour la plus grande part, « d'origine hystérique pithiatique ».

[**N° 20**]. — La perte complète de la vision d'un œil a figuré jusqu'au 1er mars 1907 à la sixième classe de l'échelle de gravité.

Le terme « Perte complète de la vision » a donné lieu à discussion.

Perception lumineuse. — Dans les cas où il n'y a plus qu'une perception lumineuse, les médecins-experts sont souvent embarrassés pour conclure à une proposition soit de pension, soit de gratification.

La perception lumineuse n'est pas un degré de vision, mais ce symptôme résulte d'une lésion anatomique qui peut être ou ne pas être améliorable. C'est donc dans ce sens que les experts doivent, en cas de doute, interroger les spécialistes : l'infirmité, telle qu'elle existe, peut-elle d'ores et déjà être considérée comme définitive et incurable ? Au contraire, peut-on attendre une amélioration ultérieure, et de la lésion et de l'acuité visuelle ? Suivant la réponse qu'ils recevront, les experts pourront conclure soit dans un sens, soit dans l'autre. Il est à remarquer d'ailleurs que dans leurs rapports de contre-expertises, les ophtalmologistes, le plus souvent, réservent l'avenir. L'expérience de la guerre a démontré dans bien des cas, que nombre d'affections oculaires, très graves au début, se sont améliorées dans des conditions inespérées.

Lésions susceptibles d'évoluer. — Il faudra éviter de conclure à la retraite toutes les fois que la perte de la vision résulte d'une lésion susceptible d'évoluer (cataractes, hémorragie oculaire), ou encore toutes les fois que les troubles fonctionnels ne peuvent être expliqués par des lésions anatomiques appréciables à l'examen objectif.

Depuis le début des hostilités, le nombre de propositions pour pensions injustifiées, du fait de lésions oculaires, a été considérable. Il semble donc que les Ophtalmologistes, pour entraîner la conviction, devraient indiquer les procédés qu'ils ont employés pour mesurer l'acuité visuelle.

[**N° 21**]. — La loi de 1831 n'envisage pour les affections oculaires que deux classes de l'échelle de gravité, la première et la cinquième (nous ne parlons pas de la 4e classe (n° 4) qui est relative aux mutilations étendues de la face).

Lacune de la loi. — Il y a là une lacune ; la loi de 1831 a nécessité une cote mal taillée, trop large dans certains cas, beaucoup trop étroite dans d'autres.

Tous les ophtalmologistes sont unanimes à reconnaître que l'énucléation d'un œil, ou la perte de la vision d'un œil, pour employer les termes de la loi, « ne met pas l'intéressé hors d'état de pourvoir à sa subsistance », et que la gravité de l'infirmité n'est pas équivalente « à la perte de l'usage d'un membre ». Le

blessé touche néanmoins une rente viagère de 600 francs au moins (5e classe no 20).

C'est la loi, il n'y a qu'à s'y conformer.

Un blessé énucléé d'un œil, et qui a en plus une diminution DÉFINITIVE ET INCURABLE de l'acuité visuelle, inférieure à 1/4 des deux côtés, touche encore 600 francs (5e classe no 21). Enfin, un blessé énucléé d'un œil et dont l'acuité visuelle de l'autre œil n'est que de 1/10 n'a droit, lui aussi, qu'à une pension de 600 francs (5e classe no 21).

La solution pratique eût été de réserver dans l'échelle de gravité un numéro spécial de la 4e classe pour les lésions oculaires atteignant à la fois les deux yeux et occasionnant une gêne fonctionnelle voisine de la cécité.

Expertises médico-légales. — Dans leurs expertises médico-légales militaires, souvent les ophtalmologistes évaluent globalement le taux de la gêne fonctionnelle comme ils font habituellement dans les accidents du travail. Nous voudrions essayer de leur démontrer que ce moyen, plus commode pour l'expert, a pour résultat pratique de léser les intérêts du blessé.

Un blessé qui est détenteur d'une gratification renouvelable est soumis à une visite bisannuelle, et en cas de décès, il ne laisse aucun droit à sa femme et à ses enfants.

Au contraire, toutes les fois qu'en vertu de la loi de 1831 un blessé jouit de la pension de retraite, il détient de ce fait une pension viagère, réversible en cas de décès sur la veuve et les orphelins. C'est donc là un sérieux avantage dont on ne doit pas priver l'intéressé, toutes les fois qu'il y a droit.

Comment faut-il se comporter en présence de lésions oculaires atteignant les deux yeux ?

Pratiquement, on peut envisager quatre situations différentes :

1o Les deux yeux sont atteints de lésions graves, mais non incurables. Exemple : Cataracte traumatique double, améliorable dans un temps plus ou moins éloigné.

On ne peut proposer qu'une gratification renouvelable, dont le taux sera en rapport avec le degré d'acuité visuelle.

2o Les deux yeux sont atteints de lésions incurables, mais ces lésions n'ont pas le caractère de gravité suffisant pour justifier la retraite.

Exemple : chaque œil a été opéré d'une cataracte traumatique, et après intervention il reste à chacun des yeux une acuité visuelle supérieure à 1/4.

Une proposition de pension ne serait pas justifiée, puisque le n° 21 s'applique au cas où l'acuité visuelle est définitivement et irrémédiablement inférieure à 1/4 des deux côtés.

C'est donc encore une gratification qu'il faut proposer, et plus tard, quand la lésion sera définitive, une proposition de « Gratification permanente » sera justifiée.

3° L'un des yeux présente une infirmité grave et incurable ouvrant des droits à pension ; l'autre œil a une infirmité non incurable, laissant une acuité visuelle suffisante pour se conduire.

Exemple : Énucléation de l'œil droit ; hémorragie du vitré de l'œil gauche ; acuité visuelle égale 1/10.

L'énucléation justifie à elle seule la 5e classe n° 20. La deuxième infirmité est en évolution ; certains médecins-experts proposent dans ce cas un taux d'invalidité supplémentaire pour ce second œil ; mais la législation actuellement en vigueur n'admet pas l'association d'une pension et d'une gratification, ou d'une pension et d'un taux d'invalidité supplémentaire, quel qu'il soit. En somme, dans ce cas spécial, si l'infirmité était incurable en tous ses éléments, elle justifierait la 5e classe n° 21, sans faire l'objet d'aucune proposition de taux supplémentaire. La seule solution réglementaire possible consiste donc à proposer d'abord l'intéressé pour la pension à laquelle lui donne droit l'énucléation d'un œil (5e classe n° 20) ; il sera fait une description anatomique complète, avec indication de l'acuité visuelle de l'autre œil, mais sans appréciation de taux d'invalidité. Dans la suite, l'infirmité de ce second œil va ou s'améliorer, ou rester stationnaire, ou s'aggraver. Si elle s'améliore au point d'arriver à la guérison, le blessé conservera la pension de retraite sous le n° 20. Si elle reste stationnaire, on conclura à la retraite de 5e classe n° 21. Si elle s'aggrave au point d'entraîner la cécité pratique, on proposera la 1re classe.

4° L'un des yeux est atteint d'une infirmité grave et incurable ; l'autre œil d'une infirmité non incurable, mais réduisant l'acuité visuelle à 1/20.

Exemple : Énucléation de l'œil gauche, cataracte de l'œil droit, encore inopérable, acuité visuelle, 1/20.

Une circulaire du sous-secrétaire d'Etat (1) permet d'indemniser équitablement les cas de ce genre. Nous en avons cité déjà toute la première partie relative à la 1re classe de l'échelle de gravité.

« L'échelle de gravité a rangé dans la même classe sous les « numéros 20 et 21, d'une part la perte complète de la vision d'un « œil, et d'autre part les affections frappant à la fois les deux yeux. « Il en résulte qu'un militaire atteint d'énucléation d'un œil a les « mêmes droits qu'un blessé dont un œil est énucléé et dont l'au- « tre a une acuité visuelle, même très réduite.

« Pour remédier à cette inégalité de traitement, j'ai décidé ce « qui suit :

« Toutes les fois que l'un des deux yeux étant énucléé ou irré- « médiablement perdu, l'acuité visuelle de l'autre œil sera égale ou « inférieure à 1/20 et déterminée par une lésion non incurable, « les médecins-experts proposeront un taux d'invalidité de 100 0/0 « sous forme de gratification renouvelable, puisque l'infirmité dans « son ensemble n'est pas incurable en tous ses éléments. Mais la « gratification n'est pas réversible sur la veuve. Aussi, dans ces cas « tout spéciaux, les médecins-experts prendront-ils soin :

« 1o de mentionner sur les certificats d'examen de vérification et « d'incurabilité que l'énucléation ou la perte irrémédiable de l'un « des yeux ouvre à ELLE SEULE des droits à pension (5e classe no 20). « En cas de décès de l'intéressé, la veuve pourra donc faire valoir « ses droits à pension.

« 2o de prévenir l'intéressé lui-même que dans les cinq années « qui suivront la concession de la gratification, il devra faire « valoir ses droits à pension. En effet, le droit à pension est « prescrit cinq années après la radiation des cadres.

« Ces propositions doivent être appuyées de rapports détaillés « d'ophtalmologistes. Il est entendu que dans tous les cas où il est « parlé d'acuité visuelle, il s'agit d'acuité visuelle mesurée s'il y a « lieu après correction avec les verres sphériques cylindriques ou « sphéro-cylindriques ».

Tout trouble fonctionnel qui ne sera pas justifié par une lésion anatomique de l'œil ou de ses annexes, appréciable par l'examen objectif, ne pourra pas être considéré comme incurable avant un temps fort long; donc pas de proposition de pension.

(1) N° 356 / C. C. M. Ci/7 du 10 décembre 1916.

Il en sera de même, et nous l'avons déjà signalé, pour toutes les lésions qui peuvent évoluer (cataractes, décollement rétinien, hémorragie oculaire).

L'hémianopsie rentre dans le même cas. De plus, elle peut donner lieu et elle a donné lieu à des simulations et à des exagérations difficiles à dépister. Aussi, est-il nécessaire, avant toute proposition, de procéder à plusieurs jours d'intervalle, à des examens répétés qui devront être concordants.

Affections oculaires et aptitude physique. — Lorsqu'une affection oculaire ne justifie pas la pension de retraite, les médecins-experts ont à soumettre aux Commissions de réforme des propositions sur l'aptitude physique des intéressés.

Il semble y avoir contradiction entre les indications fournies par l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire et la loi sur les pensions. Cette contradiction n'est qu'apparente. C'est ainsi, par exemple, que les militaires devenus borgnes à la suite d'un fait de service ont droit à la retraite en vertu de la loi de 1831 ; ils ne peuvent donc pas être maintenus au service à un titre quelconque, puisque légalement, la pension entraîne l'impossibilité absolue de servir.

Au contraire, les borgnes dont l'infirmité n'est pas due au service militaire sont utilisés dans le service auxiliaire, lorsqu'ils peuvent bénéficier d'une prothèse régulière et qu'ils possèdent une acuité de 1/4 de l'autre œil.

« Les dispositions de la nouvelle instruction sur l'aptitude phy-
« sique sont applicables également aux militaires atteints d'affec-
« tions oculaires consécutives à un fait de service, dont les
« caractères de gravité et d'incurabilité n'ouvrent pas de droits
« à pension, mais occasionnent une gêne fonctionnelle ou une
« incapacité de travail de nature à justifier ultérieurement une
« gratification renouvelable. Ces militaires tout en conservant
« leurs droits acquis, pourront donc être utilisés, soit dans le
« service armé, soit dans le service auxiliaire, SI LES LÉSIONS
« DONT ILS SONT ATTEINTS NE MOTIVENT PAS LA RÉFORME » (1).

En résumé, en présence d'une lésion oculaire occasionnée par le service, le médecin-expert a trois questions à se poser :

(1) Circulaire du sous-secrétariat d'Etat du service de santé nº 134 C 1/7 du 10 juin 1916.

1° L'infirmité justifie-t-elle la pension de retraite ? Dans l'affirmative, l'impossibilité absolue de servir est la conséquence de la loi de 1831.

2° L'infirmité justifie-t-elle une gratification ? Dans l'affirmative, il ne s'ensuit pas nécessairement que la réforme doive être prononcée.

3° Dans quels cas doit-on prononcer la réforme ?

Il n'y a qu'à se reporter au numéro de l'aptitude physique correspondant à l'infirmité et à suivre les indications de cette instruction. Dans tous les cas où les experts auront à se prononcer sur des lésions oculaires entraînant la cécité d'un œil, ils devront se rappeler les prescriptions du dernier alinéa de l'article 77 : « la perte de la vision d'un œil, l'acuité visuelle de l'autre égalant au moins 1/4, entraîne le classement dans le service auxiliaire, toutes les fois que la cécité résulte de lésions éteintes depuis longtemps et NON SUSCEPTIBLES DE RETOURS OFFENSIFS. Dans les autres cas, l'exemption ou la réforme devront être prononcées ».

Un borgne est incorporé : par suite d'accident de service, il faut énucléer l'œil lésé antérieurement à l'incorporation, et complètement inutile d'ailleurs pour la vision. En pareil cas, la blessure contractée en service commandé n'a eu pour résultat que de nécessiter l'énucléation d'un œil inutile au point de vue pratique. Il n'en est pas moins vrai que l'intéressé a subi un dommage consistant dans la déformation de la face, la nécessité de la prothèse et de subvenir ultérieurement à des frais de prothèse. L'expert ophtalmologiste a proposé dans ce cas la réforme n° 1 avec gratification permanente de 10 0/0. Dans des cas similaires, il faudrait étiqueter l'infirmité : « Déformation de la face par énucléation d'un œil antérieurement perdu comme fonction visuelle : nécessité éventuelle de port d'appareil prothétique ».

[**N° 22**]. — De même que pour le n° 4, le n° 22 n'envisage nullement la dépréciation esthétique. Le meilleur moyen de faire apprécier l'importance des lésions, est d'indiquer la gêne fonctionnelle qu'elles apportent aux différentes fonctions physiologiques.

[**N° 23**]. — Le numéro 23 comprend plusieurs paragraphes dont chacun justifie la retraite. Il suffit pour ouvrir des droits à

la pension que le blessé présente l'une ou l'autre des infirmités suivantes, résultant d'une blessure :

1° Déformation de l'une ou l'autre mâchoire avec perte de substance étendue ;

2° Déviation des arcades dentaires ou perte de la plupart des dents ;

3° Destruction de la voûte palatine, du voile du palais ;

4° Ankylose de l'articulation temporo-maxillaire.

En principe, on peut considérer comme étendue une perte de substance qui nécessite le port permanent d'un appareil. Si d'autre part l'incurabilité est démontrée, la pension est justifiée.

La diminution de l'invalidité apportée à une infirmité par un appareil de prothèse ne doit pas être prise en considération, sauf pour la prothèse dentaire, à moins que toutes les dents ne soient perdues. Avant donc que de conclure à la retraite, les médecins-experts feront bien de soumettre les blessés à l'examen d'un spécialiste en stomatologie, qui les fixera nettement sur les questions de gravité et d'incurabilité.

[**N° 24**]. — On connaît la phobie qu'éprouvent les trachéotomisés toutes les fois qu'on veut enlever la canule. Avant de conclure à l'incurabilité, les médecins-experts feront bien de demander l'avis d'un laryngologiste.

[**N° 26**]. — Pour justifier le droit à pension, la rétraction du thorax doit être « considérable » et en vertu même de la loi « définitive ». Le n° 26 ne s'applique donc pas aux cas où la résection a porté sur une côte seulement, où la rétraction de la paroi est minime, et où enfin une amélioration est possible à la suite de la vie au grand air et de la reprise du travail.

[**N° 28**]. — **Projectile situé dans la région du cœur.** — Nous avons eu l'occasion de voir une observation de projectile situé dans la région du cœur. L'observation prise par un professeur d'une faculté de médecine est à citer en entier à titre d'indication :

« Le soldat X... est bien porteur dans le thorax d'une balle « située dans la région du cœur, à l'origine même de l'aorte et à « la partie supérieure du ventricule droit ou à la partie inférieure

« de l'oreillette droite. Je n'ai cependant pas constaté que cette
« balle fût mobile avec le cœur.

« D'autre part le soldat X... se plaint de gêne respiratoire et de
« dyspnée d'effort qui le rendent incapable de se livrer aux tra-
« vaux de sa profession.

« Il ne paraît pas douteux que les symptômes éprouvés soient
« en rapport avec la localisation particulière de la blessure, mais
« on ne relève objectivement aucun signe de défaillance cardia-
« que, et le cœur dans ses différentes parties est de volume normal.

« L'incurabilité est-elle définitive ? Oui, si on considère le siège
« de la balle qu'à notre avis on ne doit pas songer à extraire ;
« mais il est possible qu'à la longue l'organe finisse par s'adapter
« à ce corps étranger. Sur ce point il est impossible de donner une
« réponse catégorique, et il y aura lieu de revoir le blessé à ce sujet
« dans deux ans.

En conséquence, nous estimons que le soldat X... doit être l'objet
« d'une proposition de réforme nº 1 et d'une gratification renou-
« velable, qu'on peut raisonnablement fixer à 30 0/0, en ajoutant
« qu'il y aura lieu de procéder à un examen nouveau dans deux
« ans, pour savoir dans quelle mesure cette gratification peut être
« maintenue ou révisée. »

[**Nº 29**]. — Pour ouvrir des droits à pension, la bronchite chronique doit être compliquée d'emphysème et d'affection du cœur, ou d'accès d'asthme. De plus, elle doit provenir soit directement, soit par aggravation des fatigues du service. Les médecins-experts seront donc autorisés à demander toutes les preuves qu'ils jugeront utiles pour justifier l'origine.

[**Nº 30**]. — La pension de retraite ne doit être proposée en cas de tuberculose que lorsque l'affection est arrivée à un degré avancé, et que les lésions sont incurables.

Dans tous les autres cas, il est indiqué de proposer une gratification renouvelable.

Il n'y a plus lieu d'invoquer comme cause de refus de pension, la prédisposition constitutionnelle (voir circulaire nº 286 C 1/7, page 64).

[**Nº 35**]. — Le nº 35 (Hernie ventrale volumineuse. Eventration) implique *à priori* l'idée d'un gros délabrement, incurable. Il est indiqué dans tous les cas, avant de conclure à une proposition de pension, de soumettre l'intéressé à un chirurgien qualifié.

[**N° 36**]. — Voir le n° 5.

[**N° 38**]. — La néphrectomie ne justifie pas à elle seule la pension sous le n° 38.

[**N° 41**]. — Les infirmités qui figurent sous le n° 41 doivent, outre l'incurabilité, présenter un caractère de gravité tel qu'il en résulte une impotence absolue et définitive du membre. Il y a lieu de remarquer, en effet, que chacune des infirmités peut se retrouver à la 6e classe de l'échelle de gravité, c'est-à-dire sous une forme clinique moins grave.

D'après le n° 41, l'impotence absolue peut résulter :

1° de lésions nerveuses ;

2° de lésions musculaires ou tendineuses ;

3° de lésions articulaires ;

4° de lésions osseuses ;

5° de lésions des gros vaisseaux (anévrysme).

Lésions nerveuses (1). — L'expérience de la guerre a démontré qu'il fallait savoir attendre avant de conclure à l'incurabilité des lésions nerveuses, même dans les cas où l'on constate la réaction de dégénérescence totale (Voir incurabilité page 76, et n° 12 page 108).

Dans la première année des hostilités, un nombre considérable de propositions de pensions ont été faites pour des troubles paralytiques d'origine hystérique. Il n'en est plus ainsi depuis la création des centres de spécialités. La société de neurologie, à la suite d'une discussion scientifique sur les réformes, incapacités, gratifications dans les névroses, a admis qu'en matière d'hystérie il ne saurait être question de réforme, d'incapacités ou de gratifications.

S'agit-il de troubles nerveux dits réflexes ou physiopathiques « contractures et paralysies consécutives aux blessures et à « divers traumatismes des membres. Les neurologistes proposent « lorsqu'un traitement continu n'est plus nécessaire » de recourir à la réforme temporaire : le taux d'incapacité peut être évalué de 20 à 50 0/0.

En résumé, et dans la plupart des cas de lésions nerveuses, il

(1) Se reporter à la circulaire du Sous-secrétaire d'Etat n° 430 C 1/7 (16 février 1917).

sera prudent et sage de surseoir avant de conclure à l'incurabilité.

En aucun cas, les experts non spécialistes ne concluront avant d'avoir fait vérifier et préciser le diagnostic par un spécialiste.

Voici, entre autres, un exemple à l'appui de ce que nous avançons :

X... réformé n° 1 pour : ankylose du coude droit à angle droit résultant surtout de rétractions tendineuses : paralysie radiale. Les quatre experts ont conclu à une réduction de 60 0/0 dans les facultés de travail.

Le centre de physiothérapie, chargé de la contre-expertise répond : « Il n'existe aucune paralysie radiale ; quant à l'attitude du membre en flexion forcée, elle disparaît passivement et également par l'intimidation exercée sur le blessé, et on arrive à l'extension complète du membre. En quelques minutes le changement de son attitude et de ses mouvements a été radical ».

Raccourcissements considérables. — Dans quel cas le raccourcissement *réel* est-il considérable, au point d'entraîner l'impotence absolue ? Lorsqu'il dépasse 0,10 centimètres au membre inférieur, le raccourcissement justifie à lui seul la 5e classe n° 41. Il est entendu, et LES EXPERTS DEVRONT NETTEMENT L'INDIQUER, qu'il s'agit de raccourcissement *réel*, et non pas de raccourcissement *apparent*. Il sera préférable d'indiquer le procédé de mensuration employé.

Pseudarthrose. — En vertu même de la loi de 1831 qui n'accorde la pension qu'aux infirmités incurables, le terme « pseudarthrose » ne peut s'entendre, pour les diaphyses, que dans le sens de fracture non consolidée, et qui ne se consolidera jamais spontanément. Il ne faut donc pas faire rentrer dans cette catégorie des fractures ayant subi des retards de consolidation, sans perte de substance osseuse et sans écart des fragments. Mais dans tous les cas où la perte de substance osseuse est importante, où il y a vraiment un membre ballant dont l'incurabilité est démontrée par la clinique et par la radiographie, les experts doivent conclure à la 5e classe, sans tenir compte des appareils prothétiques qui corrigent plus ou moins l'impotence absolue.

Pseudarthrose consécutive à une résection. — Le terme « résection » a été interprété de façon bien différente : il a été appliqué souvent à de simples esquillotomies ne laissant ni bras ballant, ni

ankylose de l'épaule et démontrées par la radiographie comme de gravité relative. Dans quels cas les médecins-experts doivent-ils conclure immédiatement à la 5e classe n° 41 ? Lorsque la perte de substance osseuse est importante, suffisamment importante pour que l'articulation doive rester ballante. Dans ce cas également, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'amélioration que peuvent apporter les appareils de prothèse.

Lorsqu'au contraire la résection ne porte pas sur une grande étendue de substance osseuse, lorsque l'impotence absolue paraît résulter tout à la fois de lésions incurables et aussi d'éléments surajoutés améliorables (atrophies, défaut d'usage, etc....), lorsqu'en un mot, l'étendue de la perte de substance osseuse ne paraît pas suffisante pour permettre de se prononcer immédiatement sur le pronostic de l'impotence absolue, la prudence recommande de surseoir, en proposant l'intéressé pour une gratification renouvelable dont le taux peut être, dans certains cas, équivalent à celui de la 5e classe de l'échelle de gravité.

Quelquefois, les médecins-experts ont refusé la 5e classe de l'échelle de gravité, sous prétexte que, par exemple, une vaste résection de l'épaule avec bras ballant n'entraîne pas l'impotence absolue du membre, étant donné que le coude, le poignet, les doigts conservent leurs mouvements.

La loi de 1831 et l'échelle de gravité sont beaucoup moins sévères que la loi de 1898 : toute pseudarthrose définitive et importante, toute résection importante, justifie la 5e classe n° 41.

Lésions de la hanche. — Les lésions de la hanche ont prêté plusieurs fois au diagnostic erroné de luxation non réduite. Nous avons, entre autres, une très belle observation dans laquelle un blessé, proposé pour une pension de 5e classe, avec le diagnostic « luxation irréductible de la hanche », est finalement examiné par un spécialiste qui répond : « Les troubles relèvent d'une contracture des groupes musculaires péri-articulaires de la hanche et de la région lombaire, relevant de l'hystéro-traumatisme ».

Cas d'espèces. — Lorsque plusieurs infirmités, toutes incurables, et justifiant chacune la pension, siègent au même membre, les experts ne peuvent pas proposer le cumul pour une série d'infirmités qui aboutissent finalement à provoquer l'impotence du membre.

Exemple : une pseudarthrose de l'épaule droite associée à une ankylose du coude droit et à une paralysie radiale droite ne justifient qu'une pension de 5e classe n° 41.

Lorsqu'il y a association au même membre, de plusieurs infirmités incurables, mais dont chacune n'a pas la gravité suffisante pour justifier la 5e classe, cette association peut entraîner l'impotence absolue du membre et conséquemment la 5e classe de l'échelle de gravité.

Exemple : une fracture du fémur avec raccourcissement de 8 centimètres s'accompagne d'une paralysie définitive et sans amélioration depuis deux ans, du sciatique poplité externe.

Il n'en serait plus de même, si dans l'exemple précédent, la lésion du sciatique ne pouvait d'ores et déjà être considérée comme incurable. Dans ce cas, il serait sage de proposer une gratification renouvelable avec un taux d'invalidité équivalent à la 5e classe, mais sujet à révision.

[**N° 42**]. — Chacun des alinéas figurant au n° 42 justifie la pension de 5e classe, à condition que l'ankylose soit complète et définitive. Une ankylose peut être complète soit par ankylose osseuse, soit par ankylose fibreuse.

Une ankylose osseuse peut être révélée par la radiographie et justifier la pension dès l'instant où son caractère définitif et incurable est démontré.

Une ankylose fibreuse ne peut être considérée comme définitive qu'après échec de tout traitement ; bien plus, il faut attendre l'épreuve du temps. Il paraît donc prudent, dans ce dernier cas, de ne pas conclure immédiatement à l'incurabilité.

Ankylose de l'épaule. — L'ankylose de l'épaule, lorsqu'elle est complète et définitive, ouvre des droits à pension sans qu'on ait à tenir compte des mouvements dus à la mobilité de l'omoplate. Les blessures de l'épaule, qui ont suppuré et qui ont été longtemps immobilisées, prennent très souvent l'apparence d'ankylose complète ; elles font l'objet d'une proposition de pension ; lorsque l'on procède à un nouvel examen plusieurs mois après la proposition des experts, on s'aperçoit qu'il n'y a plus d'ankylose, mais une raideur articulaire avec limitation des mouvements.

Parmi tant d'autres, l'observation suivante, courte mais substantielle, démontre que les premiers experts se sont trop hâtés de conclure à la retraite :

« A la suite d'une plaie par éclat d'obus au milieu de l'épaule droite, le blessé a présenté une fracture compliquée de l'extrémité supérieure de l'humérus. Cette fracture est consolidée actuellement avec chevauchement des fragments ; le cal est un peu irrégulier.

« Il n'existe pas d'ankylose scapulo-humérale, mais une grande limitation des mouvements au niveau de cette articulation ; dans le maximum d'élévation latérale passive et active, la face interne du bras, fait avec la paroi thoracique un angle de 50° ; dans le maximum d'élévation en avant, la face postérieure du bras fait avec la verticale un angle de 60°.

« Les mouvements du coude, du poignet et des doigts sont normaux.

« L'électro-diagnostic permet de constater qu'il n'existe pas de lésion nerveuse au membre supérieur droit ; il permet de se rendre compte que le faisceau antérieur du deltoïde est presque totalement disparu.

« L'ergogramme montre :

1° Que la force de préhension est réduite de 20 0/0 ;

2° Que les mouvements de propulsion sont possibles contre une résistance de 22 kilos 200 avec un travail total de 155 kg. 4, travail très appréciable en totalité et par rapport à la résistance très élevée. La diminution de puissance musculaire est évaluable en totalité à 30 0/0.

« Conclusion : l'infirmité est améliorable en tant que force musculaire.

« Elle ne peut être rangée dans aucune des classes de l'échelle de gravité étant donné qu'il n'y a pas ankylose scapulo-humérale ».

Ankylose du coude en extension. — Une ankylose du coude, pour justifier le n° 42 de la cinquième classe, doit être : 1° complète et définitive ; 2° en extension.

L'ankylose complète comprend la perte définitive non seulement des mouvements de flexion et d'extension, mais encore des mouvements de pronation et de supination.

Voici une observation, où les premiers experts avaient tous conclu à la cinquième classe n° 41 pour ankylose complète du coude gauche à angle obtus, suppression des mouvements de

pronation et de supination ; gêne de la flexion des quatre derniers doigts. Le médecin chef d'un centre de Physiothérapie écrit :

« Le blessé a été atteint d'un éclat d'obus à la région postéro-externe et supérieure de l'avant-bras gauche. On observe dans cette région une vaste cicatrice longue de 15 centimètres, large de 3 centimètres en moyenne, adhérente aux tissus sous-jacents sur presque toute son étendue. Le projectile a déterminé une fracture des deux os, à leur extrémité supérieure, fracture bien consolidée actuellement (épreuve radiographique).

« Au niveau du coude il existe, activement et passivement, un très léger mouvement de flexion et d'extension ; dans le maximum d'extension, la face antérieure de l'avant-bras fait avec la face antérieure du bras un angle de 110° et dans le maximum de flexion un angle de 100°.

« Il n'existe aucun mouvement de pronation ou de supination, ni active, ni passive. L'avant-bras est fixé dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination ; la flexion, l'abduction et l'adduction du poignet sont normales ; l'extension est activement et passivement limitée ; on arrive dans le maximum d'extension à dépasser légèrement le plan de la face postérieure de l'avant-bras. L'extension passive des doigts est normale. Activement, le blessé ne peut atteindre l'extension complète. La flexion passive est normale pour l'index et le pouce. Elle est normale pour la phalangine et la phalangette des autres doigts ; elle est limitée aux trois quarts de la normale pour les phalanges. Activement le blessé fléchit entièrement les phalangines et les phalangettes de tous les doigts, mais n'effectue qu'un très léger mouvement de flexion des phalanges. L'électro-diagnostic permet de constater qu'il existe pour l'extenseur commun des doigts, pour le long fléchisseur du pouce et le long abducteur une réaction de dégénérescence partielle : hypoexcitabilité faradique marquée, contraction légèrement lente au courant galvanique sans inversion de la formule polaire Les autres muscles innervés par le nerf radial répondent normalement au courant faradique ; les autres nerfs et muscles du membre supérieur gauche présentent également des réactions électriques normales.

« Conclusion : l'infirmité ne peut être jugée définitive. La lésion du nerf radial est améliorable et il n'y a pas ankylose osseuse complète du coude. Dans ces conditions, l'infirmité ne peut être rangée dans aucune des classes de l'échelle de gravité. Elle entraîne actuellement une gêne fonctionnelle de 50 0/0 ».

L'ankylose est dite en extension lorsque l'angle dépasse 110° d'extension, jusqu'à 180° (extension complète).

Il est arrivé à plusieurs reprises, que des blessés ont été, sur leur demande, immobilisés presque dans l'extension, afin de pouvoir se livrer plus facilement à leur travail habituel. Les experts ont refusé, de ce fait, le bénéfice de la cinquième classe de l'échelle de gravité, et ont proposé la sixième classe nº 60 (Ankylose en flexion). Les intéressés doivent bénéficier de la cinquième classe.

Ankylose de la hanche et du genou en flexion. — On considère qu'il y a ankylose de la hanche et du genou dans la flexion, lorsque les orteils ne peuvent pas, dans la position verticale, toucher le sol.

Ankylose du pied. — L'ankylose du pied, pour justifier la cinquième classe, doit être complète et le pied doit être fortement dévié ou luxé.

Lorsque la déviation est consécutive en partie à des accidents hystéro-traumatiques surajoutés, le droit à pension n'existe pas, parce que l'incurabilité ne peut être justifiée.

Il ne suffit pas qu'il y ait ankylose tibio-tarsienne et déviation légère du pied pour proposer la cinquième classe.

Un exemple fera mieux comprendre : un blessé est proposé pour une retraite (nº 42) avec le diagnostic : « Ankylose osseuse complète de l'articulation tibio-tarsienne droite avec déviation du pied (marche sur le bord externe) consécutivement à une arthrite suppurée.

Le centre de physiothérapie, chargé d'une contre-expertise répond :

« Ankylose osseuse tibio-tarsienne, comme le montre l'épreuve radiographique. Les articulations astragalo-calcanéenne et astragalo-scaphoïdienne sont libres. Elles ont acquis une mobilité un peu plus grande que normalement, et peuvent faire penser à une certaine mobilité au niveau du cou-de-pied. En effet, même activement, le blessé arrive à produire un mouvement de flexion et d'extension qui peut être évalué à 10º. Au repos, le pied se trouve dans une position telle que sa face dorsale fait avec la face antérieure de la jambe un angle de 125º ; sa face plantaire fait avec le plan passant par l'axe du membre un angle de 95º . Il est très légèrement dévié en varus.

« Les orteils présentent des mouvements passifs normaux, sauf pour le premier orteil, dont l'extension de la phalange est légère-

ment limitée par raideur de son articulation métatarsophalangienne.

« Activement cette même limitation existe.

« L'électro-diagnostic permet de constater qu'il n'existe pas de lésion nerveuse au niveau du membre inférieur droit.

« Il n'existe pas de troubles trophiques ; pas de troubles vasomoteurs.

« Conclusion : l'infirmité est incurable. Elle ne peut être rangée dans une des classes de l'échelle de gravité ; le pied n'est ni fortement dévié, ni luxé ; de plus, il n'y a pas ankylose complète du pied avec déformation et engorgement. Le degré de gêne fonctionnelle qu'elle entraîne est de 30 0/0 de l'aptitude normale au travail ».

[**N° 43**]. — Nous arrivons aux numéros qui ont provoqué le plus grand nombre de pourvois en Conseil d'Etat (Numéros 43, 45 (dernier alinéa), 58, 63, 65).

Ces numéros visent des infirmités qui souvent résultent de plusieurs éléments : 1° un élément incurable mais n'ayant pas la gravité suffisante pour justifier la pension ; 2° des éléments surajoutés, très améliorables, à condition qu'on leur laisse le temps nécessaire pour s'améliorer (raideurs, atrophies, etc...).

Dans le cas du numéro 43, les médecins-experts en présence d'une main en battoir, à la suite d'un phlegmon, par exemple, ont conclu bien souvent immédiatement à l'incurabilité ; ils ont proposé pour une pension viagère et non revisable, des blessés qui, soumis à une contre-expertise cinq ou six mois après la proposition de pension, sont l'objet d'une proposition de gratification avec un taux d'invalidité le plus souvent très diminué. (Voir n° 63).

[**N° 44**]. — Pour justifier le n° 44, le pouce et l'index doivent être enlevés en totalité ; une radiographie règle la question sans discussion possible.

[**N° 45**]. — Le dernier alinéa ne trouve son application que si l'ablation de deux doigts s'accompagne définitivement, sans discussion possible, d'une gêne des mouvements ou d'une déviation des doigts conservés avec atrophie de la main. Il appartient donc aux médecins-experts d'appuyer leurs descriptions de toutes les preuves, de tous les documents, de nature à entraîner la conviction de ceux qui, ultérieurement, doivent juger sur pièces (preuves cliniques, radiographies, photographies, examens électriques).

Voici une observation où la section des Finances du Conseil d'Etat n'avait pas admis la cinquième classe. Il a été répondu ce qui suit :

« L'intéressé est atteint à la main droite :

1o d'amputation de l'index et de son métacarpien ;

2o d'amputation du médius et de l'annulaire avec une partie de leurs métacarpiens ;

3o d'une ankylose en flexion de l'auriculaire.

Le no 45 (5e classe) trouve son application dans trois cas, qui font l'objet de trois paragraphes différents.

En l'espèce, l'index et son métacarpien ont disparu, les deux métacarpiens du médius et de l'annulaire ne sont pas, il est vrai, enlevés en leur totalité (ce qui justifierait de droit l'application du premier paragraphe du no 45), mais le peu qu'il en reste n'arrive pas à compenser l'immobilisation en crochet de l'auriculaire. Physiologiquement, le blessé est privé de la préhension à pleine main, de la préhension digito-palmaire ou empaumement, et la pseudo-pince digitale qui reste, constitue une patte de homard dont la branche fixe (petit doigt) est incurvée en crochet sans que le cinquième métacarpien puisse même trouver un point d'appui sur le quatrième métacarpien, son voisin, qui est enlevé en partie.

En conséquence, l'infirmité justifie la cinquième classe no 45 ».

[**No 46**]. — L'ablation des deux premiers ou des trois derniers métatarsiens doit s'entendre : « Désarticulation totale ». Une résection plus ou moins importante de métatarsiens ne justifie pas la cinquième classe. Dans tous les cas, il paraît indiqué de joindre une radiographie qui évite toute discussion.

Sixième classe

Si l'on veut bien examiner attentivement l'échelle de gravité, on constatera que la plupart des affections figurant à la sixième classe se retrouvent dans une des classes précédentes sous une forme plus grave.

[**No 47**]. — Pour que le no 47 trouve son application, il faut non seulement que les cicatrices soient étendues, douloureuses, etc... etc..., mais qu'elles occasionnent une gêne fonctionnelle importante et définitive :

Un blessé est proposé pour une pension 6e classe no 47, avec le diagnostic suivant : « Cicatrice étendue de la région sous-iliaque

gauche avec adhérences et dépressions considérables, résultant d'une perte de substance des fessiers et de l'os iliaque de ce côté ».

Le contre-expert répond :

« La cicatrice de la blessure est, il est vrai, étendue et adhérente ; il y a eu perte de substance molle et osseuse, mais dans une région à peu près indifférente ; les troubles fonctionnels sont légers et compatibles, semble-t-il, avec le service auxiliaire. Le mouvement de flexion du tronc en avant tend la lèvre supérieure de la cicatrice, quand il est poussé loin ; il n'est presque pas limité. Le blessé s'assied à son gré, de la façon habituelle, sans hésitation ni gêne et se relève de même. Il prend la position accroupie. En marchant, il semble éprouver un peu d'hésitation à confier le poids du corps au membre inférieur gauche ; il y a de ce fait un peu de lenteur dans la progression sur le pied gauche ; il n'y a pas de claudication. L'appui du pied sur le sol est correct ; l'usure de la chaussure est régulière.

« Les muscles du membre inférieur gauche n'ont pas subi de diminution appréciable.

« Toutes les articulations du membre et notamment l'articulation coxo-fémorale sont libres et pourvues de leurs mouvements.

« Il n'y a pas de troubles sensitifs, trophiques, ni circulatoires.

« La cicatrice est longue de 197 millimètres et large, à sa plus grande largeur, de 33 millimètres. Elle est déprimée, surtout dans la région externe, où la dépression est de deux centimètres sous le pli cutané. Son fond est adhérent soit à l'os coxal, soit au sacrum.

« En résumé, il y a eu perte de parties molles se réduisant aux tissus cutané, sous-cutané, aponévrotique, aux fibres supérieurs du muscle grand fessier ; l'os coxal paraît avoir subi dans une partie de sa portion iliaque une sorte d'amincissement. La cicatrice est étendue et adhérente, mais solide. Il n'y a pas lieu de prévoir, ni récidive d'ostéite, ni aggravation.

« La gêne fonctionnelle est à peu près insignifiante ; elle est inférieure, à mon avis, à dix centièmes ».

[**N° 50**]. — Voir le n° 19.

[**N° 56**]. — Les cas d'hystéro-traumatisme sont fréquents, et ont motivé bien des fois des propositions de pensions injustifiées (Voir n°s 12-42 et incurabilité, page 79).

Un soldat blessé à la cuisse gauche arrive à un centre de neurologie, avec des béquilles. Les premiers experts signalent une lésion du sciatique poplité externe, des troubles vaso-moteurs, une paralysie des extenseurs avec chute du pied en équinisme.

Nous sommes obligés de résumer l'observation détaillée du contre-expert. Le spécialiste, après un examen complet, arrive à cette conclusion :

« En résumé, diminution simple de l'excitabilité électrique dans tous les muscles atrophiés, sans aucun degré de réaction de dégénérescence et dans le triceps crural surexcitabilité galvanique ».

« En se fondant sur ces constatations, on fut aussitôt convaincu que les troubles de la marche (l'impotence du membre inférieur) n'étaient pas en rapport avec les lésions organiques occasionnées par le projectile, mais qu'ils étaient pour la plus grande partie de nature pithiatique.

On annonça au blessé qu'il pourrait marcher séance tenante après une séance d'électrisation. On fit aussitôt la rééducation persuasive, armée d'une faradisation légèrement désagréable ; ce fut bientôt une transformation dans son état. Tout en boitant un peu, X... put marcher sans canne après une séance de trois quarts d'heure (18 janvier).

Après un mois de traitement par une mécanothérapie très active, X... marche sans boiter. Il n'y a plus d'œdème du pied. Les réflexes sont normaux. »

Voici une autre observation où l'intéressé, blessé à la cuisse par un projectile qui avait lésé le nerf sciatique, est proposé pour un taux d'invalidité très élevé avec le diagnostic :

« Paralysie du pied droit : abolition de la sensibilité dans le domaine du sciatique poplité externe ; marche en steppant. »

Il est soumis à la contre-expertise d'un centre de physiothérapie qui répond :

« Le blessé se présente en steppant, mais lorsqu'on l'observe attentivement, on remarque que ce steppage n'est pas du tout le steppage classique de la paralysie du poplité externe. En effet, le blessé marche en relevant fortement le membre inférieur, fléchissant la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse et par une contraction brusque des muscles du triceps sural, met son pied en extension donnant l'illusion d'une chute de la pointe du pied par paralysie des muscles de la loge antéro-externe.

« L'articulation tibio-tarsienne et les orteils présentent des mouvements passifs normaux, mais le blessé déclare ne pouvoir effectuer aucun mouvement au niveau de ces articulations.

« L'examen électrique fait comparativement pour les muscles du membre blessé et pour les muscles du membre sain ne révèle aucune réaction anormale.

« Conclusion : la lésion du nerf sciatique, d'après l'examen clinique et l'électro-diagnostic paraît disparue. L'impotence est minime ; à notre avis, elle doit disparaître complètement si le blessé veut bien apporter la bonne volonté nécessaire. »

En présence de cas aussi probants, n'est-on pas autorisé à conseiller aux médecins-experts de ne pas se hâter à conclure à l'incurabilité des affections nerveuses ?

[**N° 58**]. — Pendant bien longtemps, tout cal irrégulier et difforme, surtout du fémur, était immédiatement l'objet d'une proposition de pension. Les experts n'avaient pas prêté une attention suffisante aux quelques mots inscrits à la fin de l'alinéa : « Occasionnant une gêne considérable des fonctions ». La gêne fonctionnelle doit être non seulement considérable, mais encore définitive. A la suite des fractures ouvertes, les blessés soumis à l'examen des experts ont à peine eu le temps de s'améliorer. C'est dans ces cas que la gêne fonctionnelle résulte de deux éléments, les uns incurables (cal irrégulier, raccourcissement, déviation), les autres améliorables (raideur du genou, atrophies, etc., etc.). Dans la fracture du fémur, on admet que la gêne est considérable et justifie d'emblée la pension de 6e classe, lorsque le raccourcissement *réel* (et non pas le raccourcissement apparent) atteint 9 ou 10 centimètres. Au-dessus de 10 centimètres, la pension de 5e classe n° 41 est justifiée (Voir n° 41).

Dans les cas ordinaires, c'est-à-dire lorsqu'à des lésions incurables, mais ne justifiant pas la retraite, s'ajoutent des lésions non incurables, les médecins trouvent dans le guide-barème des taux de gratification allant de 10 à 70 0/0.

Lorsqu'à un raccourcissement ne justifiant pas à lui seul la pension, s'ajoutent des lésions qui dans leur ensemble occasionnent une gêne considérable et définitive, le n° 58 peut être appliqué.

Exemple : Raccourcissement de 6 centimètres ; raideur très serrée et définitive du genou (cal exubérant, raideur fibreuse serrée). L'expert conclut avec raison : « Bien que le raccourcissement n'atteigne pas 9 centimètres, la gêne des fonctions du membre inférieur droit est considérable, et il semble équitable de ranger cette infirmité dans la sixième classe sous le n° 58 ». La même conclusion pourrait être adoptée si le pied était en position vicieuse.

Voici au contraire une observation où les premiers experts

avaient conclu à la retraite : le contre-expert avec preuves à l'appui démontre que la proposition n'est pas justifiée.

« Cicatrice adhérente et déprimée à l'épaule droite avec destruction partielle du deltoïde. Cal difforme et en fourche de l'extrémité supérieure de l'humérus droit avec destruction de la tête humérale. Grande limitation des mouvements de l'épaule; gêne considérable des fonctions de cette épaule ». Proposition de pension 6e classe no 58 (4 juillet 1916).

Le 30 novembre, après nouvel examen, le contre-expert répond :

« Le projectile a produit une fracture compliquée de l'extrémité supérieure de l'humérus, entraînant la perte de la tête humérale. Il existe des mouvements actifs et passifs au niveau de l'articulation scapulo-humérale. En immobilisant l'omoplate, dans le maximum d'élévation latérale, la face interne du bras fait avec la paroi thoracique un angle de 37°, et dans le maximum d'élévation en avant un angle de 25°.

« En laissant l'omoplate mobile, dans le maximum d'élévation latérale et en avant passive, on arrive à l'horizontale. Dans le maximum d'élévation latérale et en avant active, on arrive à un angle de 50°. Les mouvements du coude, du poignet et des doigts sont normaux. On ne constate pas de lésion nerveuse. Légère atrophie.

« L'ergogramme montre que : 1o La force de préhension est normale; 2o la propulsion est possible; l'amplitude est des 2/3 de la normale et s'exerce contre la résistance maxima de 22 kg. 200, et le travail total est de 222 kg.

« La puissance musculaire du sujet est donc très appréciable et sa diminution est de 30 0/0 au total.

« Conclusion : l'infirmité est définitive; la limitation des mouvements de l'épaule est due à des lésions osseuses. Seule la force musculaire pourra être augmentée.

« L'infirmité ne peut être rangée dans aucune des classes de l'échelle de gravité; il n'y a nullement impotence absolue du membre ; d'un autre côté, la gêne fonctionnelle n'est pas considérable, son degré doit être estimé à 40 0/0 de l'aptitude normale au travail, en raison du délabrement osseux qui est très important, en faisant toutefois observer que la fonction est en bonne voie de récupération. »

[**No 60**]. — **Coude.** — L'ankylose complète du coude s'entend : suppression *totale* et *définitive* des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination.

L'ankylose en flexion est celle dans laquelle le coude est

immobilisé sous un angle allant de 110° jusqu'à la flexion complète. Au delà de 110° c'est l'extension.

Poignet. — Le n° 60 exige : 1° une ankylose complète du poignet ; 2° une gêne DÉFINITIVE, INCURABLE des mouvements de pronation, de supination et des doigts.

Donc, en présence d'une ankylose même complète et définitive du poignet, il appartient aux médecins-experts d'établir avec preuves à l'appui que les raideurs des doigts ne peuvent pas être améliorées, qu'elles résultent de lésions incurables, et non pas du défaut d'usage, de la longue immobilisation, de l'hystéro-traumatisme, c'est-à-dire d'éléments surajoutés, mais améliorables.

En résumé, l'ankylose du poignet ne justifie pas à elle seule la pension ; il faut qu'elle s'accompagne, définitivement, et sans amélioration possible des autres symptômes signalés à cet alinéa.

Pied. — La même observation s'applique à l'ankylose du pied. Il faut, non seulement que l'ankylose soit complète, incurable, mais encore que les éléments surajoutés soient définitifs.

Hanche, genou. — Voir n° 42.

[**N° 63**]. — Se reporter au n° 43.

Dans tous les cas où il y a raideur des doigts, indiquer à combien de centimètres la pulpe des doigts reste éloignée du talon de la main, dans la flexion active et dans la flexion passive.

[**N° 64**]. — L'ablation du pouce, pour justifier la pension, doit être totale et confirmée par une radiographie. Dans le cas d'ablation partielle, il y a lieu d'appliquer les taux du guide-barème et de proposer une gratification. Mais lorsque le pouce est désarticulé, et que la question d'origine ne laisse aucun doute, c'est la pension de retraite qui doit être proposée. Nombre de médecins-experts se sont élevés contre cette décision. Nous ne pouvons que les renvoyer au texte impératif de l'article 36 de l'Instruction ministérielle du 23 mars 1897 (Voir page 100).

Il se produit pour les amputés du pouce exactement ce qui a lieu pour les énucléés d'un œil. Si l'infirmité est consécutive à un fait de service, elle ouvre des droits à la pension et entraîne conséquemment l'impossibilité absolue de servir. Si elle est antérieure au service ou sans rapport avec le service militaire, elle justifie le classement dans le service auxiliaire. Nous avons indiqué déjà les raisons de cette anomalie.

[**N° 65**]. — Le premier alinéa ne peut donner lieu à aucune controverse ; il n'en est pas de même du second, et surtout du troisième. Lorsque deux doigts sont amputés, la raideur des doigts conservés doit, pour justifier la pension, être incurable et définitive.

Que faut-il entendre par « toute autre mutilation analogue des doigts et de la main ? » Les numéros 44, 45. 64, 65, en raison même de la précision avec laquelle ils sont rédigés, ne visent que des cas bien nets. Il n'était pas possible d'envisager toutes les éventualités et pour ne pas supprimer le droit à pension à des mutilations graves et incurables, le tableau de classification a employé volontairement des termes moins précis. Cet alinéa s'applique surtout aux lésions multiples, qui sans entraîner la perte simultanée de plusieurs doigts, intéressent néanmoins plusieurs phalanges de plusieurs doigts de l'une ou des deux mains, lésions qui, bien entendu, doivent entraîner une gêne fonctionnelle importante et définitive. Il est entendu que dans tous les cas il doit s'agir de mutilation (1).

[**N° 66**]. — *L'ablation de tous les orteils* doit être justifiée par une radiographie. Il arrive souvent, surtout à la suite de gelures, qu'à la perte de tous les orteils d'un pied, s'ajoute la disparition de 3 ou 4 orteils de l'autre pied (pouce compris). A plusieurs reprises, la Section des Finances du Conseil d'Eta a admis que ces infirmités étaient équivalentes à la perte de l'usage d'un membre et a proposé la 5e classe de l'échelle de gravité.

L'ablation du gros orteil et du premier métatarsien s'entend : du premier métatarsien dans sa totalité, et non pas d'une résection partielle, plus ou moins étendue. Dans ces cas, une radiographie est également indiquée.

(1) Exemples : 1° Ablation presque totale du pouce, totale de l'annulaire, de deux phalanges de l'index et du médius — Gauches.

2° Résection subtotale de la 1re phalange des index, médius et annulaire ; amputation des deux dernières phalanges de l'auriculaire — Droits.

3° Main droite : Résection dans la continuité des 1re phalanges (pouce, index, médius).

Main gauche : Résection des premières phalanges (pouce et index).

CHAPITRE VI

RÉDACTION DES CERTIFICATS

Nous avons indiqué précédemment toutes les mesures prescrites par le ministre en vue des travaux préparatoires exigés pour l'établissement des certificats.

Nous allons indiquer maintenant comment doivent être rédigés ces certificats.

Outre le certificat d'origine ou la pièce qui en tient lieu, trois certificats médicaux sont nécessaires pour une proposition de retraite :

1° Un certificat d'incurabilité ;
2° Un certificat d'examen ;
3° Un certificat de vérification.

INCURABILITÉ

L'établissement en est prévu dans l'ordonnance du 2 juillet 1831 (Article 3).

L'Instruction du 23 mars 1897 spécifie :

Art. 34. — « La justification de l'incurabilité exigée par l'ar-
« ticle 12 de la loi du 11 avril 1831, doit être établie par un
« certificat (modèle n° 9) émanant du médecin-chef de l'hôpital
« dans lequel le militaire a été traité en dernier lieu ou qui a
« été désigné à cet effet par l'autorité chargée de l'instruction de
« la demande de pension (Article 3 de l'Ordonnance du 2 juillet
« 1831); ce certificat décrit exactement la blessure ou l'infirmité.

« Lorsqu'il s'agit de mutilations ou de lésions irrémédiables,
« l'incurabilité peut être prononcée d'emblée; mais en ce qui

« concerne les affections chroniques, elle ne doit être déclarée « qu'après que toutes les ressources thérapeutiques ont été épui- « sées sans résultat, y compris, s'il y a lieu, l'électricité et « l'usage des eaux thermales ; mention est faite sur ce certificat « des effets qui en ont été obtenus. D'autre part, en ce qui con- « cerne les organes des sens (yeux, oreilles, etc...) il est néces- « saire de décrire les lésions qui ont entraîné la diminution ou « la perte de la fonction ; il est également indispensable que les « indications fournies par cet examen soient scrupuleusement « reproduites

« Enfin, lorsqu'il y a déclaration d'incurabilité, le certificat « n'a pas à déterminer le degré de gravité de la blessure ou de « l'infirmité ; il se borne, ainsi que le veut la loi, à établir que « les lésions paraissent incurables ».

Le certificat d'incurabilité (modèle nº 9) est établi sur un feuillet extrait du registre à talons. Lorsqu'il ne s'agit pas d'amputation ou d'ablation d'organes, lorsqu'en un mot la notion d'incurabilité ne s'impose pas, il y a lieu de s'étendre sur l'absence des résultats obtenus par les traitements habituellement suivis.

La conclusion. — Elle doit être la suivante :

En conséquence : Estimons que les accidents ci-dessus relatés ont pour résultat de paraître incurables.

Dans les pages précédentes nous avons suffisamment insisté pour n'y plus revenir, sur la prudence avec laquelle il faut s'abstenir de toute déclaration d'incurabilité lorsqu'elle n'est pas complètement justifiée. (Voir page 76).

Le médecin signataire du certificat d'incurabilité ne devra pas (sauf dans le cas de pénurie du personnel médical) procéder aux différentes expertises d'examen et de vérification.

Rappelons que le certificat d'incurabilité ne s'établit que dans deux circonstances :

1º Pour la pension de retraite ;

2º Pour la mise en réforme d'un officier.

Après établissement du certificat d'incurabilité, tout militaire proposé pour une pension est soumis successivement à deux visites, à l'occasion desquelles sont établis les certificats d'examen et de vérification.

EXAMEN (voir page 7).

« Art. 44. — Le postulant est visité par deux médecins dési-
« gnés par le général commandant la subdivision et choisis
« parmi ceux qui sont attachés soit au corps, soit à d'autres
« régiments, soit aux établissements publics (Art. 9 de l'Ordon-
« nance du 2 juillet 1831).

« Après avoir pris connaissance du certificat d'origine et du
« certificat d'incurabilité et s'être entourés de tous les rensei-
« gnements susceptibles d'éclairer leur jugement, ces médecins
« procèdent à un examen détaillé de l'état actuel de l'intéressé,
« en présence du Conseil d'administration et du sous-intendant
« militaire qui donne en séance lecture du titre II de la loi du
« 11 avril 1831 (Art. 10 de l'Ordonnance du 2 juillet 1831) ».

Les médecins-experts ne doivent pas oublier que le Comité technique de santé, le Ministre et le Conseil d'Etat (appelés à donner leur avis sur les effets légaux que doivent comporter les propositions de retraite à titres de blessures ou d'infirmités) ne se prononcent que sur pièces ; il est donc indispensable que les certificats soient suffisamment clairs et probants pour entraîner la conviction. Il nous est arrivé à plusieurs reprises de soumettre à des médecins-experts des certificats établis par d'autres médecins-experts : bien souvent ils ont reconnu que les documents soumis à leur appréciation n'étaient pas suffisamment explicites pour leur permettre de juger sur pièces. Il faut, en effet, une assez longue habitude pour que les experts arrivent à rédiger des certificats tout à la fois succints et complets néanmoins.

Les certificats d'examen et de vérification ne sont en somme qu'une observation résumée mais très substantielle.

Pour arriver à formuler des conclusions nettes et précises, il faut que les experts recherchent et décrivent successivement toutes les blessures ou infirmités. Cette façon de procéder présente le double avantage de fournir une observation clinique complète et d'établir l'origine d'infirmités, qui paraissent négligeables au moment de l'examen mais qui, en s'aggravant ultérieurement, peuvent ouvrir de nouveaux droits à pension.

Sur quels points les médecins-experts vont-ils avoir à se prononcer ? Ils fournissent une réponse, *soit positive, soit négative* :

1° Sur l'origine ;

2° Sur la gravité ;

3° Sur l'incurabilité.

Origine. — Nous avons indiqué précédemment que les médecins-experts ont le droit et le devoir de discuter les pièces d'origine qui leur sont soumises (voir origine).

Ils peuvent ne pas accepter l'origine invoquée : c'est alors surtout qu'ils doivent motiver leur opinion. Mais dans tous les cas, ils doivent se prononcer sur la gravité et l'incurabilité, en les acceptant ou en rejetant l'une ou l'autre.

Exemple :

1° L'infirmité est grave et incurable ;

2° Elle ne peut être rattachée, médicalement parlant, aux causes spécifiées au certificat d'origine, établi pour une fracture du tibia consécutive à une chute dans un escalier ; cette fracture a guéri sans complication et n'a aucun rapport avec une bronchite chronique compliquée d'emphysème et dilatation du cœur, pour laquelle le sergent X... sollicite une pension de retraite.

Cette bronchite chronique n'a été également ni occasionnée ni aggravée par les fatigues et obligations du service, attendu que depuis les hostilités ce sous-officier de réserve a été employé à un service sédentaire.

3° Elle le met non seulement hors d'état de servir, mais encore de pourvoir à sa subsistance ;

4° La gravité *la ferait* ranger dans la 5e classe de l'échelle de gravité sous le n° 29.

« Dans les cas douteux (quelle que soit la cause du doute) le « ministre est consulté » (Article 46 de l'Instruction précitée). Il est donc des cas où les médecins-experts peuvent ne pas se prononcer, et c'est principalement la question d'origine qui peut donner lieu à discussion.

Supposons une perforation du globe oculaire due à l'imprudence de l'intéressé : les médecins-experts peuvent conclure ainsi qu'il suit :

1° L'infirmité est grave et incurable ;

2° Elle est consécutive aux causes spécifiées aux pièces d'origine (imprudence de l'intéressé). Il appartient à l'autorité supérieure de décider si cette infirmité doit ou ne doit pas être rattachée à un fait de service ;

3° (Comme plus haut) ;

4° *Idem*. La gravité *la ferait* ranger dans la 5e classe de l'échelle de gravité n° 20.

Gravité. — La gravité d'une infirmité dépend des lésions anatomiques et de la gêne fonctionnelle qui en résulte.

L'instruction ministérielle donne les renseignements les plus complets sur la façon de procéder :

« 1° Au point de vue de la gravité :

Les experts s'attachent à décrire d'une manière détaillée le siège et la nature de l'affection en insistant avec le plus grand soin sur les altérations organiques, de façon à permettre aux personnes appelées à émettre leur opinion sur le vu des pièces, d'avoir sous les yeux un tableau aussi exact que possible ; ils évitent de reproduire les termes mêmes du certificat d'incurabilité.

2° Au point de vue de l'impotence fonctionnelle :

Ils donnent des mesurations précises, des indications nettes sur la forme, le volume, la force, la situation du membre ou de la partie du corps soumis à leur examen. Toutes les fois que les circonstances le permettent ils procèdent à une nouvelle exploration des organes des sens directement intéressés, en en consignant les résultats dans cette partie du certificat. Enfin, dans les cas d'infirmités ouvrant des droits à pension, ils se conforment rigoureusement à la classification du 24 juillet 1887. »

Pensions d'officiers. — Lorsqu'il s'agit de proposition de pension, il y a lieu d'établir une distinction entre les conditions exigées pour la retraite d'un officier et celle d'un non-officier. Cette distinction résulte des prescriptions de l'article 14 de la loi de 1831.

Pour qu'une infirmité ouvre des droits à pension, il faut :

1° Qu'elle soit grave et incurable ;

2° Qu'elle résulte du service.

Ces deux conditions sont exigées pour l'officier comme pour

l'homme de troupe. Mais la troisième condition est essentiellement différente dans les deux cas. Alors qu'une infirmité doit mettre le soldat non seulement hors d'état de servir, mais encore de pourvoir à sa subsistance, il faut mais il suffit pour l'officier qu'elle le mette hors d'état de rester en activité et lui ôte la possibilité d'y rentrer ultérieurement. C'est ainsi, par exemple, que le Conseil d'État a jugé que la surdité d'une oreille peut entraîner pour l'officier l'impossibilité de rester au service et lui ouvrir un droit à pension, tandis que pour le soldat elle n'entraîne pas l'incapacité de pourvoir à sa subsistance et ne lui confère donc aucun droit à pension (1).

Les experts ont donc à rechercher dans le cas d'un officier, si l'infirmité entraîne définitivement l'incapacité professionnelle. C'est le seul cas où il y ait lieu de tenir compte de la profession. L'intéressé sera-t-il oui ou non incapable d'exercer dorénavant son métier d'officier ? Dans l'affirmative, la pension est justifiée.

Cette observation s'applique également aux officiers de complément : dans tous les cas où les médecins ont à apprécier, chez un officier de complément, si une infirmité justifie ou non la pension de retraite, ils doivent avant tout *faire abstraction de la profession exercée antérieurement par l'intéressé ;* ils ne doivent même pas la connaître. Ils ont uniquement à se demander :

1° Si cet officier est, ou non, en état de rester en activité ;

2° Si l'infirmité le met, ou non, dans l'impossibilité d'y rentrer ultérieurement.

En résumé, dans la rédaction des certificats d'examen et de vérification, les médecins-experts ont surtout à s'occuper de deux questions, l'origine et la gravité. Mais comme dans leurs conclusions ils vont avoir à affirmer que l'infirmité est incurable, ils doivent, à cet effet, prendre connaissance du certificat d'incurabilité. Si malgré la présence d'un certificat d'incurabilité positif, les experts estiment que l'infirmité n'est pas définitive, ils ne doivent pas hésiter à exprimer leurs doutes ou leur certitude en les appuyant d'arguments scientifiques.

Rédaction des certificats. — La rédaction des certificats doit toujours être claire, logique, et contenir tous les renseigne-

(1) Tardieu, *op. cit*, page 134, art. 315.

ments énumérés à l'article 44. Cet article ne prescrit pas d'énumérer dans les certificats d'examen et de vérification toute la liste des hôpitaux ou établissements qui ont reçu l'intéressé, ainsi que les traitements suivis.

Pratiquement, lorsque la pension est justifiée, les médecins-experts n'ont qu'à reproduire le numéro de l'échelle de gravité qui correspond au diagnostic de l'affection en cause. Cette façon de procéder a pour avantage de donner tout d'abord un aperçu général de l'infirmité. Il n'y a plus qu'à en reprendre tous les termes pour les appuyer des renseignements cliniques et scientifiques nécessaires.

Si les experts de l'examen aussi bien que de la vérification ont toute liberté pour rédiger leurs certificats ils doivent au contraire libeller leurs conclusions ainsi qu'il suit lorsqu'ils concluent à la pension :

1° Ces blessures (ou infirmités) sont graves et incurables ;

2° L'état d'invalidité qu'entraînent ces blessures (ou infirmités) paraît résulter, médicalement parlant, des faits relatés au certificat d'origine (ou préciser et développer les raisons qui motivent des conclusions contraires) ;

3° S'il s'agit d'un officier :

Elles le mettent hors d'état de rester en activité et lui ôtent la possibilité d'y rentrer ultérieurement.

S'il s'agit d'un sous-officier, caporal, brigadier ou soldat :

Elles le mettent non seulement hors d'état de servir, mais encore de pourvoir à sa subsistance.

4° Elles doivent être rangées dans la ... classe de l'échelle de gravité (spécifier le numéro de la classification du 23 juillet 1887 que l'on entend viser).

S'il existe plusieurs infirmités ouvrant chacune des droits à pension, il y a lieu de les décrire séparément :

Dans les conclusions les médecins-experts spécifient alors au § 4 :

La première infirmité ouvre des droits à la pension de 6e classe n° 60.

La deuxième infirmité ouvre des droits à la pension de 5e classe n° 20.

Les deux infirmités justifient une pension de 4e classe par cumul de 6e classe (n° 60) et 5e classe (n° 20).

En aucun cas les certificats ne sont antidatés.

Si l'origine étant admise, la gravité ou l'incurabilité ne permet pas aux médecins de conclure à la pension, ils proposent une gratification renouvelable.

VÉRIFICATION (Voir page 39)

Art. 45. — « Après avoir pris connaissance des pièces et du procès-verbal de l'examen, l'autorité chargée de présider à l'instruction fait procéder, en sa présence, par deux autres médecins choisis parmi ceux qui ont été qualifiés ci-dessus, à une vérification des causes qui motivent la demande, quelles qu'aient été les conclusions des experts chargés de l'examen.

Ces médecins doivent être d un grade supérieur à celui des premiers experts ou plus anciens de grade. Siil n'existe pas de médecins militaires en nombre suffisant pour procéder à l'examen et à la vérification, la première opération est confiée de préférence aux médecins civils.

Le sous-intendant militaire assiste à cette vérification, avant laquelle il fait, en séance, lecture du titre II de la loi du 11 avril 1831, et quel que soit le résultat de l'opération, il en dresse procès-verbal conformément au modèle 11.

Les considérations développées ci-dessus, en ce qui concerne la rédaction des certificats d'examen, s'appliquent en tout point au certificat de vérification. »

Les vérificateurs sont de nouveaux experts, qui après avoir pris connaissance de toutes les pièces du dossier, y compris les certificats d'examen, ont à exprimer leur avis sur le cas qui leur est présenté ; ils peuvent ne pas partager l'opinion des premiers experts ; ils n'ont qu'à soumettre les conclusions que leur inspire leur conscience. Dans ce cas, le dossier doit être accompagné d'un rapport des médecins-experts expliquant la cause du désaccord. Le Ministre tranche le différend.

Lorsqu'ils sont d'accord avec les médecins de l'examen, ils ne doivent en aucun cas se contenter de reproduire les termes mêmes du certificat d'examen. Bien plus, ils doivent compléter ce dernier, en détaillant les points qui ont pu être oubliés ou

insuffisamment décrits. Ces exigences résultent évidemment du fait, que toutes les autorités qui vont être appelées dans la suite à connaître de l'affaire, ne verront pas le blessé mais seront tenues de proposer ou juger sur pièces (Commission consultative médicale, Conseil d'Etat, Ministre de la guerre).

ROLE DES MÉDECINS-EXPERTS

Art. 46. — « Il ne faut pas oublier que sauf contrôle par le Comité technique de santé (ou la Commission consultative médicale), les médecins-experts ont seuls qualité pour apprécier la gravité des affections alléguées, leurs relations avec les causes invoquées pour la justifier et le droit qui en résulte. »

L'opinion des médecins qui procèdent à l'examen et au contre-examen a seule valeur légale et ne saurait être détruite par celle de médecins civils appelés par le requérant (Conseil d'Etat cité par Crétin, *op. cit.*, page 206).

La prescription de l'article 46 avait été perdue de vue ; bien souvent les médecins-experts se sont plaints de se trouver en présence de la situation suivante : des malades ou des blessés arrivaient devant la Commission de réforme, avec un billet d'hôpital portant non seulement le diagnostic et le pronostic, mais encore le taux de la gêne fonctionnelle et la solution militaire à prendre. Il en résultait que les propositions des médecins-experts n'étaient pas acceptées par certaines Commissions de réforme, qui, en se ralliant aux propositions du médecin ou du chirurgien traitant, donnaient lieu à des discussions et à des conflits. Autre inconvénient, non moins sérieux : un blessé dont le taux d'invalidité figurait au billet d'hôpital, se considérait comme lésé non seulement dans ses intérêts mais encore dans des droits qu'il estimait acquis, si les experts réduisaient le taux d'invalidité ou transformaient en gratification une suggestion de pension. Enfin les taux proposés par les médecins traitants variaient souvent pour la même affection du simple au double, suivant les régions.

Les médecins traitants objectaient qu'ayant soigné un malade pendant de longs mois, ils étaient plus à même de juger de la

gravité de l'infirmité que les médecins experts chargés de prendre une décision après un ou deux examens. On voit combien la question est délicate. Les seuls médecins-experts responsables de leur avis (article 46) sont les médecins chargés de l'examen et de la vérification. Ils ont le droit et le devoir de s'entourer « de tous les renseignements susceptibles d'éclairer leur jugement ». Ils peuvent donc, dans tous les cas où ils ont le moindre doute, s'adresser aux médecins traitants ; mais s'ils n'en ont pas besoin, s'ils possèdent les documents nécessaires pour apprécier en toute connaissance de cause, pourquoi ne pas leur laisser un droit qu'ils sont seuls à détenir de la loi ? N'en est-il pas de même pour le médecin-expert commis par un tribunal ? Il demande, s'il le juge convenable, l'aide d'un spécialiste ou l'avis du médecin traitant, mais s'il estime qu'il peut s'en passer, il prend sa détermination et fixe son évaluation en s'inspirant uniquement de sa conscience. Ici comme ailleurs, il faut éviter les confusions de pouvoir.

Dans une première circulaire (309 C*i*/7 du 5 novembre 1916), le sous-secrétaire d'Etat du service de santé prescrit ce qui suit :

« Mon attention a été appelée sur les inconvénients que peut présenter la mention sur les billets d'hôpital, sur les feuilles d'observations, sur les certificats, etc., etc. de l'avis personnel des médecins traitants au sujet de la légitimité soit d'une proposition de retraite ou de réforme n° 1 avec ou sans gratification, soit d'une réforme n° 2, soit du taux d'invalidité que leur paraît justifier une infirmité.

« Il en résulte qu'avant même d'avoir été soumis à l'examen des Commissions, auxquelles seules incombe la tâche légale de ces diverses propositions, l'intéressé se croit des droits acquis à une pension ou à une gratification d'un taux déterminé. Il se considère donc comme lésé si les médecins-experts n'adoptent pas intégralement l'avis des médecins-traitants.

« Le rôle des médecins traitants et notamment des médecins spécialistes dans la constitution des dossiers consiste à fournir les renseignements anatomiques et cliniques les plus complets pour permettre aux seules autorités légales, les médecins-experts et les Commissions de réforme, d'émettre un avis ou de prendre des décisions sur les effets légaux que doivent comporter les infirmités.

« Les médecins traitants doivent donc s'abstenir de toute évaluation personnelle du taux d'invalidité ou de toute suggestion sur la solution précise à inspirer aux Commissions de réforme, sauf dans les cas exceptionnels, où par suite de circonstances diverses, les Commissions ou les médecins-experts sollicitent leur avis à titre consultatif. Cet avis devra être fourni sous pli cacheté et sans que les malades puissent en connaître la teneur.

« Il n'en est plus de même lorsque, en raison de leur haute compétence, les médecins traitants sont chargés d'une contre-expertise sur l'ordre du Ministre qui leur confère dans ces conditions le rôle d'un expert. Ils doivent alors, dans leurs rapports, donner leur avis personnel motivé sur toutes les questions d'ordre médico-légal qui leur sont soumises, y compris les taux d'invalidité, et de nature à renseigner le Ministre ».

Cependant, à la suite de diverses réunions de chefs de centre et dans l'intérêt des malades et blessés, qu'on ne doit jamais perdre de vue, le sous-secrétaire d'Etat, dans une nouvelle circulaire, moins restrictive que la précédente, a décidé ce qui suit : (N° 413 C*i*/7, 31 janvier 1917). Les médecins traitants sont autorisés 1° à envoyer sous pli cacheté au médecin-chef du centre spécial de réforme, leur évaluation personnelle d'invalidité et leur suggestion sur la solution à prendre ; 2° à accompagner le blessé devant les commissions de réforme.

Proposition des experts. Décision du Ministre. — Dans tous les cas l'intéressé doit être prévenu que les propositions des médecins-experts *ne sont que des propositions* ; le droit n'est jamais que présumé jusqu'à la décision du Ministre, qui peut faire procéder à un nouvel examen et à toutes les enquêtes qu'il juge nécessaires pour être renseigné complètement.

CHAPITRE VII

INFIRMITÉS MULTIPLES. CUMUL

La loi de 1831 n'a jamais envisagé les infirmités multiples. Elle se bornait à prévoir six classes d'infirmités ; en cas de lésions multiples, on calculait la pension sur l'infirmité de la classe la plus élevée, sans tenir compte des autres.

L'instruction du 23 mars 1897, dans le but de combler cette lacune, a trouvé une solution élégante, que le Conseil d'Etat n'a pas admise jusqu'alors, parce qu'elle ne figure pas dans la loi : c'est le système du cumul.

Ces prescriptions ne reposent sur aucune base légale, et par de nombreux avis, le Conseil d'Etat a refusé de sanctionner cette théorie du cumul. En particulier il s'est refusé à ranger dans la 2e classe de l'échelle de gravité l'amputation d'un seul membre avec perte de l'usage d'un autre, et dans la 3e classe la perte absolue de l'usage de trois membres (1).

Le cumul est prévu par l'Instruction ministérielle du 23 mars 1897, article 40 :

« Si sous l'influence des fatigues du service ou des dangers de « la guerre un militaire est atteint de plusieurs blessures ou « infirmités, ouvrant chacune le droit à la pension, il est rationnel « et équitable de tenir compte de chacune d'elles dans l'apprécia- « tion de l'impotence fonctionnelle qui en résulte, et il y a lieu de « faire bénéficier l'intéressé du cumul ».

« Dans ces cas particuliers, les propositions doivent toujours « être très nettement motivées de manière à permettre au Con-

(1) Tardieu, *op. cit.*, page 147.

« seil technique de santé de se rendre un compte exact de l'op-
« portunité de l'élévation de classe à accorder ».

Le système du cumul consiste, non pas à procéder par addition des taux d'invalidité, mais à élever d'une ou de plusieurs classes la pension des intéressés atteints d'infirmités multiples. De sorte qu'une infirmité de 5e classe associée à une infirmité de 6e classe entraîne par cumul une pension de 4e classe, c'est-à-dire qu'au lieu d'additionner les taux d'invalidité 60 + 60 = 120, on conclut à un taux d'invalidité globale de 80 0/0 ; conséquemment, au lieu d'additionner les taux d'indemnisation 600 + 600 = 1.200, on accorde à l'intéressé une pension de 750 francs, correspondant à la 4e classe.

Il est entendu que le cumul ne peut s'exercer qu'autant que chacune des infirmités ouvre le droit à pension. Comment procède-t-on pour la classe à proposer ? Chacune des infirmités doit d'abord être l'objet d'une description complète, et être rangée dans la classe de l'échelle de gravité qui lui correspond. S'il existe deux infirmités justifiant chacune une proposition de retraite, on propose une classe immédiatement supérieure à la classe de l'infirmité la plus grave.

Exemple : l'amputation de cinq orteils d'un pied (6e classe n° 66) associée à l'énucléation d'un œil (5e classe n° 20), justifie une proposition de 4e classe, par cumul d'une 6e classe et d'une 5e classe.

S'il existe trois infirmités ou plus, on associe les deux plus basses classes pour proposer la classe supérieure, puis cette dernière est associée à la 3e infirmité pour proposer une autre classe supérieure, et ainsi de suite jusqu'à la 1re classe.

Exemple :

Amputation médio-tarsienne (5e classe n° 8) ;

Enucléation d'un œil (5e classe n° 20) ;

Amputation d'une main (3e classe) ;

Les deux premières infirmités justifient la 4e classe par cumul de deux cinquièmes. Cette 4e classe, par cumul avec une 3e classe, justifie une proposition de 2e classe.

Si l'on atteint ainsi la 1re classe et qu'une ou plusieurs infirmités justifient encore la retraite, il y a lieu de les décrire et d'indiquer la classe qui leur convient. (Voir page 142).

Il en est de même lorsqu'à la cécité s'ajoute l'amputation d'un

ou de plusieurs membres. Les médecins-experts ne pouvant pas dépasser la 1re classe doivent néanmoins décrire toutes les infirmités. Dans ces cas exceptionnels le Ministre dispose de récompenses nationales, dont le détail échappe à la connaissance des médecins-experts qui se bornent à fixer l'état d'invalidité.

Dans certains cas, lorsque le cumul calculé mathématiquement ne paraît pas indemniser suffisamment l'invalidité réelle, les médecins-experts doivent le signaler dans leurs certificats. C'est au Comité technique de santé qu'il appartient de juger de l'opportunité de classe à accorder. L'élévation peut être d'une ou plusieurs classes suivant le degré d'impotence. (Voir : cas d'espèces page 211).

Faisons observer que dans certains cas, le cumul est « inopérant », en ce sens qu'une élévation de classe n'accorde aucun avantage pécuniaire à l'intéressé.

En effet, il n'y a que trois taux d'indemnisation :

1re classe 2e classe	975 francs net (soldat)
3e classe 4e classe	750 francs net (id.)
5e classe 6e classe	600 francs net (id.)

Un blessé ayant droit à la 4e classe touche 750 francs ; s'il a en plus une infirmité de 6e ou 5e classe, il bénéficie par cumul d'une 3e classe dont le taux est également de 750 francs.

Il est bien entendu, et nous le répétons encore, que lorsqu'un même membre est le siège de plusieurs infirmités, dont l'une au moins entraîne l'impotence absolue, on ne peut faire jouer la règle du cumul pour les autres infirmités siégeant à ce même membre.

Exemple : Une pseudarthrose de l'épaule droite (5e classe no 41) associée à une ankylose du coude droit dans l'extension (5e classe no 42), ne justifie qu'une cinquième classe ; cette classe, en effet, est réservée aux infirmités entraînant la perte absolue de l'usage d'un membre.

En résumé :

Quel que soit le nombre des infirmités graves et incurables *siégeant à un même membre*, on ne peut pas dépasser la 5e classe de l'échelle de gravité.

Quel que soit le nombre des infirmités graves et incurables *accumulées sur deux membres,* on ne peut pas dépasser la 4e classe puisque, en vertu même de la loi de 1831, la 5e classe est réservée à la perte absolue de l'usage d'un membre, et la 4e classe à la perte absolue de l'usage de deux membres.

Nous n'avons envisagé dans ce chapitre que le cas où chacune des invalidités ouvre des droits à la pension de retraite. Mais il est d'autres cas, beaucoup plus complexes, résultant, les uns d'une association d'infirmités incurables et non incurables, les autres d'une association d'infirmités justifiant chacune une gratification renouvelable (Voir Gratifications renouvelables. Invalidités multiples).

CHAPITRE VIII

DROITS RÉSULTANT D'UNE AGGRAVATION DE BLESSURES OU D'INFIRMITÉS CHEZ LES ANCIENS MILITAIRES

Les anciens militaires libérés ou réformés n° 1 peuvent demander une pension : il faut que leurs infirmités aient été constatées avant leur libération et que leur demande soit présentée dans un délai de 5 ans à partir de leur cessation d'activité. Le Conseil d'Etat a décidé que « l'obligation imposée sous peine de déchéance de faire constater les blessures ou infirmités avant de quitter les drapeaux, n'entraîne pas l'obligation de faire constater leurs causes dans le même délai (1).

Art. 48 (2). — « Les anciens militaires qui veulent faire valoir des titres à la retraite sont tenus, sous peine de déchéance, d'adresser leurs demandes au Ministre de la guerre.

Si une demande parvient à l'autorité militaire sans avoir passé par les bureaux de l'administration centrale, elle est transmise au Ministre, sans aucun retard, car une demande ainsi introduite n'interrompt pas la prescription. »

Réclamations pour élévation de classe ou de gratification

Mesures à prendre. — Avec la guerre, le nombre des réclamations a augmenté :

Ce sont :

(1) Tardieu, *op. cit.*, page 154, article 367.
(2) *B. O.*, Volume 66[1]. Instruction du 23 mars 1897.

Ou bien des gratifiés qui demandent soit un relèvement de la catégorie de gratification, soit la transformation de leur gratification en pension ; ou bien des réformés nº 2 qui estiment avoir des droits à pension ou à réforme nº 1.

Pour les gratifiés, le Ministre a pris la décision suivante (circulaire du 27 février 1916) :

« Dans le premier cas (relèvement de la catégorie de la grati-
« fication), à moins que l'intéressé ne puisse invoquer une infir-
« mité dont il n'aurait pas été fait mention aux procès verbaux
« d'examen et de vérification, ou bien une aggravation d'infirmité
« constatée par un fait matériel (amputation par exemple), il
« sera opposé une fin de non-recevoir absolue à toute demande
« qui serait formulée dans un délai de moins de six mois depuis
« le dernier examen subi par l'intéressé.

« Dans le second cas (transformation de la gratification en
« pension) l'admission à la pension exigeant non plus seulement
« une aggravation de l'infirmité, mais encore une incurabilité
« constatée, le délai indiqué ci-dessus sera porté à un an, et si
« l'intéressé ne croit pas devoir accepter cet ajournement, il sera
« invité à se pourvoir devant le Conseil d'Etat statuant au Con-
« tentieux ».

Réformés nº 2. — « Les militaires renvoyés dans leurs
« foyers avec un congé de réforme nº 2 ne peuvent se prévaloir
« de leurs blessures ou infirmités pour demander pension, puis-
« que la concession d'un congé de réforme nº 2 présume que les
« blessures ou infirmités ne proviennent pas du service mili-
« taire (1). »

Toutefois une demande ne doit pas être rejetée par le seul motif que l'intéressé n'a pas été mis en possession d'un certificat d'origine ou qu'il a été réformé nº 2 (art. 49).

En effet, les premiers médecins appelés à donner leur avis devant la Commission de réforme ont pu proposer la réforme nº 2 à la suite d'une appréciation inexacte des causes des blessures ou infirmités.

D'autre part, il peut arriver que, outre les infirmités contractées en dehors du service et pour lesquelles la réforme nº 2 était

(1) Tardieu, *op. cit.*, article 375.

justifiée, les intéressés présentaient des infirmités contractées en service, constatées avant la cessation d'activité, mais dont la gravité, insuffisante à ce moment pour motiver la réforme n° 1 ou la pension, s'est accrue considérablement (1).

De là, découle la nécessité de signaler toutes les infirmités.

Dans tous les cas, l'autorité militaire procède à une enquête attentive à l'effet d'établir (après avoir mis l'intéressé en demeure de préciser par écrit les faits auxquels il attribue l'origine de son infirmité et de donner les noms des personnes dont il invoque le témoignage), qu'il n'a pu être trouvé aucun indice permettant d'incriminer les obligations du service et s'attache à constater autant que possible les causes de l'affection (Articles 5, 6, 7, de l'ordonnance du 2 juillet 1831).

Toutefois, afin d'éviter les abus et pour obvier aux réclamations non fondées, un militaire réformé n° 2 ne sera examiné pour la retraite que sur un ordre spécial du Ministre. Lorsqu'une réclamation parvient au Ministre, il est procédé à une enquête sur les raisons qui ont motivé la réforme n° 2 ; le résultat de cette enquête est transmis le plus souvent à la Commission consultative médicale qui, après examen, retourne le dossier au Ministre en lui faisant connaître si médicalement parlant la réforme n° 2 paraît ou ne paraît pas justifiée. Le Ministre prend une décision, c'est-à-dire qu'il prescrit de faire passer l'intéressé devant une nouvelle commission ou de laisser les choses en l'état.

Lorsqu'un homme, d'abord réformé n° 2, établit que son infirmité est réellement imputable aux fatigues ou dangers du service, un rapport spécial fait ressortir les raisons pour lesquelles l'intéressé avait été réformé n° 2, et celles qui motivent une autre solution.

Quelles sont les mesures à prendre, lorsqu'une infirmité ayant provoqué une réforme n° 2 est reconnue ultérieurement comme ayant les caractères d'origine, de gravité et d'incurabilité suffisants pour justifier la pension ? Il y a lieu de remarquer que l'Etat exige des preuves d'autant plus convaincantes que la réclamation est plus tardive. En l'espèce, « il est essentiel de bien « établir que l'aggravation survenue dans l'état de santé du mili- « taire réformé est la conséquence directe de l'infirmité ayant

(1) Tardieu, *op. cit.*, article 375.

« occasionné la réforme et n'est pas imputable à des circonstan-
« ces étrangères aux obligations du service.

« Le mémoire de proposition doit, en conséquence, être
« accompagné :

« 1° d'un procès-verbal de gendarmerie relatant l'état de l'inté-
« ressé depuis sa rentrée dans ses foyers, son genre de vie, ses
« occupations, etc...

« Lorsqu'il y a lieu, cette enquête doit également porter sur les
« antécédents héréditaires ;

« 2° de certificats délivrés par les médecins civils qui ont donné
« leurs soins au malade et constatant les circonstances qui ont
« amené l'aggravation de l'infirmité invoquée.

« Les médecins experts établissent les certificats d'incurabilité,
« d'examen et de vérification ; mais de plus, il est essentiel qu'ils
« mentionnent avec soin et aussi clairement que possible en quoi
« consiste l'aggravation qui motive une proposition pour la retraite. »

Mais lorsque les infirmités sont jugées insuffisantes pour ouvrir des droits à pension, « les experts ne doivent pas se borner à mentionner simplement qu'aucune aggravation suffisante n'est survenue depuis la réforme ou que l'homme ne se trouve pas dans le cas d'être proposé pour la pension. Ils sont tenus de décrire l'état du malade aussi minutieusement que possible de manière à motiver leurs conclusions en démontrant comment et pourquoi le droit à pension n'existe pas. » (Art. 52).

Les certificats d'examen et de vérification à fournir au Ministre doivent être aussi complets dans les cas négatifs que dans les cas positifs.

Enfin, lorsque les infirmités présentent les conditions d'origine mais n'ont pas les caractères de gravité ou d'incurabilité de nature à justifier la pension, l'intéressé peut être proposé pour une gratification renouvelable, si la gêne fonctionnelle entraîne une diminution de capacité de travail supérieure à 10 0/0.

Visite d'anciens militaires en vue de droits éventuels à pension

Des anciens militaires atteints d'infirmités contractées au service mais ne justifiant pas la pension, peuvent demander à sau-

vegarder leurs droits éventuels à pension en faisant constater leur état de santé devant l'autorité militaire. « Il est essentiel pour la justification du droit à pension de pouvoir suivre les phases de l'infirmité cause de la réforme, et en cas d'aggravation de savoir si celle-ci s'est produite d'une façon normale, comme conséquence du service militaire, et indépendamment de toute circonstance survenue postérieurement à la cessation de ce service. A cet effet, les postulants sont examinés chaque fois qu'ils en font la demande et ces examens sont constatés par des certificats et procès-verbaux d'examen et de vérification établis avec le plus grand soin.

Ces certificats et procès-verbaux sont transmis au Ministre avec, s'il s'agit d'une première demande, et si l'intéressé n'a pas été déjà admis à la gratification renouvelable, les pièces relatives à l'origine de l'infirmité et un relevé des services. » (Art. 50).

Visites à domicile. — Il peut arriver qu'un ancien militaire soit incapable de se déplacer pour se présenter devant la Commission de réforme. Dans ce cas, « il est visité à domicile par un médecin militaire désigné à cet effet, en présence de l'officier de gendarmerie de l'arrondissement. Si le médecin militaire ainsi désigné reconnaît que l'infirmité justifie la pension, et que l'intéressé est hors d'état de se déplacer, il en rend compte à l'autorité de qui émane l'ordre de visite. Quatre autres médecins sont alors désignés pour procéder sur place aux formalités de l'examen et de la vérification en présence de l'officier de gendarmerie de l'Arrondissement et d'un fonctionnaire de l'Intendance.

Le certificat d'incurabilité est établi par le médecin qui a visité le malade en premier lieu. »

Cette procédure doit être suivie pour les militaires internés dans un Asile d'aliénés ; le Conseil d'Etat a arrêté que les médecins-experts doivent examiner personnellement l'intéressé, et que les certificats médicaux doivent mentionner qu'ils ont été mis en sa présence. En aucun cas on ne devra donc se contenter de reproduire les déclarations du Directeur ou des Médecins de l'établissement.

Révision pour aggravation des blessures ou infirmités

Lorsqu'un militaire jouit d'une pension de retraite pour blessures ou infirmités, mais que ces infirmités s'aggravent au point de motiver une élévation de classe, il est possible de procéder à une nouvelle liquidation de sa pension ; il doit s'adresser directement au Ministre dans un délai de 5 ans, qui court du jour de la cessation d'activité. Il y a lieu de procéder à un nouvel examen, à une nouvelle vérification et d'établir de nouveaux certificats.

CHAPITRE IX

PENSIONS DES VEUVES ET DES ORPHELINS

La partie de la loi de 1831 relative aux veuves et aux orphelins a été modifiée à plusieurs reprises. La question est complexe, mais il est nécessaire que les médecins la connaissent, et cela pour plusieurs raisons : 1° la législation actuellement en vigueur n'ouvre pas des droits à pension à toutes les veuves sans exception. Il en résulte que, faute de connaître la loi, le médecin peut priver une veuve de sa pension du seul fait qu'il a libellé insuffisamment son certificat ; 2° le taux de la pension est variable suivant les causes et les circonstances de la mort ; de sorte qu'en méconnaissant la loi, un médecin peut arriver à priver une veuve d'une pension de taux exceptionnel.

Il est d'autant plus nécessaire pour les médecins traitants de connaître la loi sur les pensions de veuves, que leur diagnostic va servir de base à l'admission ou au refus de la pension. Alors que dans les dossiers de pension ou de gratification, les différents médecins-experts, en examinant successivement les malades ou blessés peuvent corriger une erreur de diagnostic, dans les dossiers de veuves au contraire, ne figure le plus souvent qu'un seul avis médical, et le dossier établi par le sous-intendant est transmis au Ministre.

Droit à la pension de veuve

Ont droit à une pension viagère :

1° Les veuves de militaires morts en position de retraite ou en possession de droits à cette pension, à condition que le

mariage ait été accompli dans certaines conditions de temps (1).

Un militaire n'est en *possession de droits à la pension* pour blessures ou infirmités que lorsqu'il a accompli les formalités prescrites par la loi de 1831 jusqu'à la contre-visite incluse (2).

2° Les veuves des officiers ou assimilés morts en activité ou non activité après 25 ans accomplis de service effectif.

Quand il s'agit de veuves de militaires ayant moins de 25 ans de service, ont droit à pension :

3° Les veuves de militaires tués sur le champ de bataille ou dans un service commandé ;

4° Les veuves de militaires, dont la mort a été causée soit par des événements de guerre, soit par des maladies contagieuses ou endémiques aux influences desquelles ils ont été soumis par les obligations de leur service, pourvu que le mariage soit antérieur aux blessures ou à l'origine des maladies ;

5° Les veuves des militaires morts des suites de blessures ou d'accidents de service (mêmes conditions de mariage) (1).

Taux de la pension

Avant d'étudier en détail chacun des paragraphes précédents, il est nécessaire de rappeler que le taux de la pension des veuves de militaires est fixé ainsi qu'il suit :

Pour les veuves des officiers et assimilés : au tiers du maximum de la pension d'ancienneté affectée au grade dont le mari était titulaire.

Pour les veuves des sous-officiers, caporaux, brigadiers, soldats et assimilés : à la moitié du maximum d'ancienneté affecté au grade dont le mari était titulaire.

Exceptionnellement, lorsque le mari a été tué sur le champ de bataille, lorsqu'il a péri à l'armée et que sa mort a été causée par des événements de guerre ; lorsqu'il est mort des suites de blessures reçues dans les circonstances ci-dessus énumérées, la veuve a droit à une pension plus élevée.

(1) Consulter le *B. O.* Volume 66[1]. (Instruction du 23 mars 1897, article 62).

(2) Tardieu, *op. cit.*, p. 156.

Il en est de même pour les gendarmes, brigadiers ou sous-officiers de gendarmerie morts des suites de lutte ou combat dans l'exercice de leurs fonctions, et pour les aviateurs (loi de 1913).

Dans ces cas, la pension est égale :

Pour les veuves d'officiers et assimilés à la moitié du maximum de la pension d'ancienneté affectée au grade dont le mari était titulaire.

Pour les veuves des sous-officiers, caporaux, brigadiers et soldats, aux trois quarts du maximum de la pension d'ancienneté affectée au grade dont le mari était titulaire.

En conséquence, les blessures dues aux divers accidents qui peuvent survenir *en service commandé* ne justifient jamais le taux exceptionnel. La loi a voulu marquer nettement la différence qu'elle établit entre les décès dus, d'une part, à certains faits de guerre et d'autre part aux accidents de service.

C'est la juste récompense, « le loyer d'honneur », dit Montaigne, des actions de courage.

Si l'on considère le tarif le plus bas, on voit que la veuve du simple soldat touche 375 francs au taux ordinaire, et 563 francs au taux exceptionnel des blessures de guerre.

Pour les autres grades, se reporter aux tableaux, page 48.

Décès par suite d'accidents ou de blessures de guerre. — Art. 75. — Les veuves ou orphelins de militaires tués sur le champ de bataille ou en service commandé, ou morts des suites de blessures reçues dans ces circonstances, ainsi que les veuves ou orphelins des sous-officiers, brigadiers de gendarmerie et gendarmes qui ont péri par suite de lutte ou combat soutenu dans l'exercice de leurs fonctions, et des aviateurs tombés d'avions, doivent appuyer leur demande de certificats justificatifs de l'époque, du lieu et des circonstances soit de l'événement de guerre, soit du service commandé où le militaire a été tué ou blessé.

Ces certificats sont dressés dans les formes prescrites par les articles 5 et 6 de l'ordonnance du 2 juillet 1831.

Il est indispensable, en outre, que la relation de cause à effet entre la mort et la blessure invoquée comme origine soit établie d'une part par le médecin signataire du certificat sur la cause du

décès, qui doit toujours indiquer dans son rapport et affirmer dans ses conclusions « que la blessure ou l'accident a été la cause directe de la mort » ; d'autre part, par la production de renseignements précis sur l'évolution des lésions.

Le mot « tué » implique l'action soudaine et violente d'une cause extérieure. Le décès d'un officier qui au cours d'un service commandé (séance d'escrime par exemple) serait atteint d'hémorragie cérébrale et succomberait quelques heures après, n'ouvrirait pas de droits à la veuve (1).

Nous avons déjà signalé précédemment (voir origine, page 55) qu'en s'en tenant strictement aux prescriptions des articles 5 et 6 de l'ordonnance du 2 juillet 1831, ce n'est pas au médecin qu'il appartient de décider si l'infirmité est due ou non à une blessure de guerre, à un événement de guerre, ou si elle est survenue en service commandé. Ce soin appartient en principe à l'autorité militaire. Il n'en est pas moins vrai que dans la réalité et le plus souvent, surtout depuis le début des hostilités, le médecin est obligé de provoquer lui-même les ordres de l'autorité militaire pour ne pas abandonner les intérêts du blessé. Et de fait, en raison de la multiplicité des événements, de la rapidité des évacuations, l'autorité militaire ne peut être renseignée, dans bien des cas, que par le Service de santé. C'est ainsi, par exemple, qu'un militaire ayant subi l'action des gaz asphyxiants arrive à l'ambulance où il succombe. Qui donc peut connaître l'origine et la cause de la maladie si ce n'est le médecin lui-même ? N'est-il pas de son devoir le plus élémentaire de renseigner le commandement pour sauvegarder les droits de la veuve ?

Evénements de guerre. — La veuve a droit à une pension de taux exceptionnel lorsque la mort du mari a été causée à l'armée par des événements de guerre. Quel est le sens exact du terme « Evénements de guerre » ?

Il faut bien que les médecins traitants connaissent toute la portée de l'expression, puisqu'en cas de décès ils doivent attester : « Que les dits événements ont été la cause directe et immédiate de la mort » (Article 23 de l'ordonnance du 2 juillet 1831). Si donc l'autorité militaire n'a pas appelé l'attention du médecin

(1) Crétin, *op. cit.*, p. 221.

traitant sur ce point spécial, c'est au médecin, mieux averti, qu'il appartient d'appeler l'attention de l'autorité militaire, s'il estime que le décès résulte d'un événement de guerre.

La loi du 21 avril 1856 considère comme pouvant être victimes d'événements de guerre, tous les combattants, en donnant au terme « combattants » son sens réel, c'est-à-dire en l'appliquant à tous ceux qui opèrent sous le feu de l'ennemi, y compris, bien entendu, et à juste titre d'ailleurs, les médecins, infirmiers et officiers d'administration qui soignent les blessés sur le champ de bataille ou aux ambulances (1). On lit dans le répertoire du droit administratif (2) : « De l'exposé des motifs de la loi du 26 avril 1856, il résulte que l'événement de guerre implique un fait provenant de la présence de l'ennemi ».

Du même exposé des motifs, il semble résulter que le bénéfice de l'événement de guerre s'étend même aux militaires placés en dehors du champ de bataille, qui en accomplissant des actes de courage suivis de mort glorieuse contribuent souvent au succès d'une campagne, parce que ces faits se rattachent aux opérations des armées : « Pour le rendre plus sensible par des exemples, on pourrait citer : une reconnaissance des positions de l'ennemi; le transport d'un ordre à travers le terrain occupé par des tirailleurs; le passage d'une rivière; l'explosion d'un magasin à poudre causée par les projectiles de l'ennemi, et une foule d'autres circonstances de guerre dont l'énumération serait trop longue, dans lesquelles des militaires et marins peuvent trouver un trépas digne de figurer à côté de celui du champ de bataille, s'il ne lui est quelquefois supérieur par le dévouement qui l'a causé ».

Avant la guerre actuelle, le Conseil d'Etat a eu des décisions à prendre à ce sujet. Il a été jugé qu'un officier décédé le jour même des suites d'une insolation dont il a été frappé au moment où il conduisait ses troupes à l'assaut d'une redoute doit être considéré comme rentrant dans ce cas (3).

Décision contraire à l'égard d'un officier ayant eu à subir de

(1) Voir l'exposé des motifs et le rapport du général d'Autheville (*Moniteur* du 31 mars 1856).
(2) Tardieu, *op. cit.*, page 157.
(3) Crétin (*op. cit.*), page 219.

grandes fatigues au cours d'une reconnaissance, mais ne succombant à une hémorragie cérébrale qu'un mois après (1).

Il a été jugé également qu'on ne peut assimiler aux blessures provenant d'événements de guerre une bronchite ou phtisie contractée dans les factions ou les tranchées et à laquelle succombe ultérieurement le militaire (2).

Il semble que depuis le début de la guerre actuelle, le Conseil d'Etat ait donné au terme « Evénement de guerre » un sens plus large, et qu'il l'ait appliqué à toutes les opérations de guerre qui ont provoqué des accidents chez des militaires y prenant part à un titre quelconque. Ainsi : tamponnement en venant en renfort aux armées; Noyade pendant l'établissement d'un pont à quelques kilomètres de l'ennemi; Asphyxie causée par éboulement d'une tranchée. Enfin la Section des Finances du Conseil d'Etat a rangé dans cette catégorie la mort consécutive à la gelure des pieds contractée aux armées.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé le sujet ; en l'effleurant simplement, nous avons voulu appeler l'attention des médecins sur l'événement de guerre. Dans les cas douteux, ils pourront, du moins, soulever la question pour la faire résoudre par le Ministre et au besoin par le Conseil d'Etat.

Maladies endémiques ou contagieuses. — L'article 19 de la loi de 1831 (paragraphe 2) a été modifié avantageusement par la loi du 8 décembre 1905. La loi de 1831 pour ouvrir à la veuve des droits à pension exigeait que le mari ait péri aux armées ou hors d'Europe d'une maladie endémique ou contagieuse; mais, si les conditions d'origine étant réalisées, le décès avait lieu en France, les droits à pension n'existaient plus. La loi du 15 avril 1885 avait déjà supprimé cette dernière condition; celle du 8 décembre 1905 étend le bénéfice du droit à pension même aux cas où la maladie est contractée en France. Cette heureuse modification a eu pour résultat d'accorder la pension dans des cas, où en vertu même des lois antérieures, force avait été de la refuser. On peut citer, par exemple (3), le refus de

(1) Cretin, *op. cit.*, page 219.
(2) *Ibidem.*
(3) *Ibidem*, page 223.

pension : à la veuve d'un infirmier qui avait contracté la variole dans son service à l'hôpital ; à la veuve d'un gendarme décédé des suites du choléra dont il avait été atteint en concourant aux mesures de désinfection ; à la veuve d'un médecin militaire qui avait contracté la diphtérie au chevet d'un malade.

Mais, si la loi de 1905 a modifié avantageusement les conditions de temps et de lieu, elle reste toujours aussi catégorique sur les conditions d'origine et d'étiologie. Il faut non seulement que le décès soit consécutif à une maladie endémique ou contagieuse, mais encore que l'intéressé ait été soumis aux influences de ces maladies par les obligations du service. Le second terme de la proposition n'est pas nécessairement un corollaire du premier, c'est-à-dire qu'étant donné un décès par maladie contagieuse ou endémique, on ne doit pas en conclure que la loi de 1905 doit nécessairement trouver son application. En effet, la loi spécifie nettement « que les causes, l'origine et la nature de ces maladies seront constatées par un certificat confirmant l'époque et les circonstances de leur origine, et s'il y a lieu avant le retour en France ».

L'instruction du 23 mars 1897 (article 77) énumère toutes les preuves qu'il est nécessaire de fournir. « Les causes de mort par suite de maladie contagieuse ou endémique aux influences desquelles le mari a été soumis par les obligations du service sont justifiées :

1° Par un certificat des autorités civiles et militaires constatant qu'à l'époque du décès ces maladies régnaient dans le pays où le militaire en a été atteint.

2° Par un certificat de l'autorité militaire constatant que le militaire décédé avait été soumis par les obligations de son service aux influences de ces maladies.

3° Par un certificat dûment légalisé, soit du médecin en chef de l'hôpital où le militaire est mort, soit du médecin civil qui l'a traité dans sa maladie. »

Le refus pour la veuve de laisser pratiquer l'autopsie peut entraîner le refus de la pension (1).

Dans le cas où il y aurait impossibilité de se procurer le certificat du médecin militaire, il y sera suppléé par une information

(1) Tardieu, page 158, par. 384, renvoi 2.

ou enquête prescrite et dirigée par les autorités civiles et militaires du pays (Ordonnance du 2 juillet 1831, article 24).

Que faut-il entendre par maladies contagieuses ou endémiques? Ces mêmes termes, qui existaient déjà dans la loi de 1831, ont été reproduits dans la loi de 1905. En 1831, les termes « endémiques et contagieux » répondaient à des notions scientifiques encore bien vagues ; ce qu'on savait en 1831, c'est que certaines maladies régnaient dans certaines régions ; que dans les armées en campagne, des maladies, encore mal définies, causaient une mortalité effroyable et qu'elles se transmettaient d'homme à homme pour des raisons encore inconnues.

Il est donc nécessaire de définir avant tout avec exactitude les termes de la loi.

Une maladie endémique est celle « qui règne habituellement dans un canton, dans un pays, et qui est due à une cause locale » (Littré). Ou encore « une maladie qui prend naissance dans les lieux toujours les mêmes, et ces lieux sont dits foyers endémiques de la maladie » (Le Dantec). On peut donc comprendre sous cette rubrique les maladies que les précis de pathologie ont rangées sous deux catégories : 1° Maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune, peste). 2° Maladies endémiques simples, ayant peu de pouvoir rayonnant, maladies régionales à extension faible ou nulle (paludisme, dysenteries, fièvres récurrentes, maladie du sommeil, etc...).

La contagion spécifie que la maladie est transmise soit par la communication d'un virus, soit par le contact d'individu à individu, sans virus, visible du moins (Littré).

« La maladie contagieuse est celle qui se transmet d'un indi-
« vidu à un autre, soit par le contact immédiat de la personne
« malade, soit par le contact des vêtements ou d'objets prove-
« nant de cette personne. Depuis les découvertes bactériolo-
« giques modernes, les distinctions entre les diverses espèces
« de maladies sont devenues bien précaires. D'ailleurs une même
« maladie peut, suivant les cas, apparaître avec un caractère
« différent. C'est ainsi que le choléra, à l'état endémique dans
« l'Inde, revêt dans nos climats la forme épidémique ou conta-
« gieuse » (1).

(1) *Droit administratif*, Tardieu, page 132.

Le droit à pension a toujours été reconnu par la jurisprudence aux militaires atteints en service de maladies contagieuses (1).

Maladies épidémiques. — Il est intéressant de connaître l'avis du Conseil d'Etat sur les maladies épidémiques. La jurisprudence reconnaît le droit à pension, sous la double condition que le caractère épidémique de la maladie soit nettement établi par l'existence d'un assez grand nombre de cas, et que d'autre part la zone contaminée soit restreinte à un quartier, à une ville, même à une région et ne s'étende pas sur une partie considérable du territoire français ; l'épidémie d'influenza de 1889-1890 s'étant développée sur tout le territoire français et ayant frappé la population civile tout comme l'armée, la pension a été refusée aux militaires restés infirmes des suites de cette maladie (2).

Maladies considérées comme accidents. — De ce qui précède, il résulte que le décès par maladie autre qu'une maladie endémique ou contractée par contagion dans le service, n'ouvre pas de droit à la pension de veuve.

On a essayé souvent d'assimiler les maladies contractées en service commandé aux blessures reçues dans les mêmes conditions. Cette assimilation n'a pas été admise par la jurisprudence. C'est ainsi qu'on a refusé une pension de veuve dans les cas suivants (3) :

Refroidissement contracté au cours d'une marche militaire ;

Bronchite contractée en accomplissant un acte de sauvetage ;

Congestion pulmonaire survenue après une nuit passée au bivouac ;

Paralysie générale attribuée aux fatigues du service ;

Crise cardiaque survenue au cours du service ;

Crise d'appendicite aiguë suite d'un refroidissement contracté au service.

Le Conseil d'Etat a cependant fait une exception. Dans le cas où une maladie accidentelle est déterminée par une violence extérieure, malgré l'absence d'effusion de sang, la mort qu'elle

(1) Tardieu *(op. cit.)*, page 132.
(2) *Ibidem*, page 308.
(3) Cretin, *op. cit.*

entraîne peut être considérée comme causée par une blessure et le droit à pension de la veuve existe. On peut citer comme exemples les cas suivants où la pension a été accordée : mort des suites d'une tumeur à l'aisselle déterminée par le frottement de la bretelle du sac ; mort des suites d'un abcès causé par le port de la chaussure réglementaire ; mort de la rupture d'un anévrisme pendant l'exécution d'une manœuvre de force ; mort quelques heures après avoir respiré des vapeurs métalliques délétères ; mort dans la nuit après avoir subi une insolation en inventoriant du matériel dans un hangar surchauffé, le gaz méphitique et les rayons du soleil ayant eu sur l'organisme une action assimilable à un traumatisme (1).

Mais voici d'autres cas où la pension a été refusée : mort d'un coup de sang en faisant de l'escrime à la salle d'armes ; capitaine de pompiers asphyxié par une fuite de gaz à la caserne où il était de piquet ; mort d'embolie pulmonaire consécutive à une chute en service (1).

Les maladies considérées comme accidents constituent évidemment l'exception. Les causes et la nature des maladies ou infirmités survenues dans ces conditions seront justifiées dans les formes prescrites par les articles 5, 6, 7 de l'ordonnance du 2 juillet 1831. Leurs suites sont également constatées par des certificats authentiques des médecins militaires ou civils qui ont donné des soins au militaire, relatant les différentes phases de la maladie depuis son apparition jusqu'à l'issue fatale.

Pour que le droit à pension existe, il est essentiel que ces médecins affirment dans leurs certificats que la mort doit être directement attribuée aux faits invoqués dans le certificat d'origine.

Le règlement, qui exige toutes ces précisions, ajoute encore que chaque cas est un cas d'espèce et que le dossier de la veuve doit être accompagné d'un rapport précis, sur toutes les circonstances susceptibles de constater le caractère accidentel de la cause originelle.

Tuberculose. — La guerre n'a pas diminué le nombre des victimes par tuberculose. Cette affection doit-elle être rangée dans

(1) Tardieu, *op. cit.*, page 157 (renvoi 2).

la catégorie des maladies prévues par la loi de 1831 (modifiée par la loi de 1905) ? Il peut paraître un peu ridicule pour des médecins de discuter la question de savoir si la tuberculose est ou n'est pas contagieuse. Mais ce n'est pas ainsi que se pose la question. Il s'agit de savoir si la tuberculose rentre dans les conditions prévues par la loi du 8 décembre 1905.

Depuis 1868, après les travaux de Villemin, mais surtout depuis la découverte par Koch du bacille spécifique, on sait que la tuberculose est une affection microbienne, donc contagieuse. On sait qu'elle peut exister dans toute la série animale ; qu'elle est fréquente chez les bovidés ; qu'elle est encore plus fréquente chez l'homme que chez les animaux. A la Société médicale des hôpitaux, l'un des membres a pu proclamer récemment que 95 0/0 des adultes sont en puissance de tuberculose.

Le virus tuberculeux se transmet par inoculation, par injection ou par inhalation. Les deux premiers modes de contamination sont exceptionnels, surtout dans l'armée. Peut-on invoquer comme origine la transmission par inhalation ? Mais, quel est, à de rares exceptions près, le tuberculeux au deuxième degré qui soit en état d'accomplir un service militaire : conséquemment de rester au service et de devenir une cause de contamination ?

Comment donc expliquer la fréquence de la tuberculose dans l'armée ? Le plus souvent il n'y a qu'un mode, celui de l'aggravation d'un état antérieur. Et dès lors, comment appliquer la loi du 8 décembre 1905, qui exige la preuve de l'origine, et qui l'exige de la façon la plus catégorique ?

Les travaux scientifiques parus sur la tuberculose ne sont pas pour faciliter la tâche des magistrats chargés d'appliquer la loi. Le Conseil d'Etat établit la distinction suivante : « La tubercu-« lose peut être CONGÉNITALE s'il existe des antécédents morbi-« des héréditaires ; ACCIDENTELLE si elle est la conséquence « des fatigues ou de refroidissements ; CONTAGIEUSE lorsqu'elle « frappe les infirmiers employés dans les salles de phtisiques ».

Ce n'est pas évidemment au hasard et sans un examen approfondi, que le Conseil d'Etat, interprète souverain de la loi, a cru devoir établir ainsi une distinction très nette entre les différents cas de tuberculose soumis à sa suprême juridiction.

Il admet donc que l'origine par contagion dans le service ne peut être acceptée pour la tuberculose qu'autant que cette ori-

gine est prouvée, comme par exemple dans le cas précédemment cité, d'infirmiers employés dans les salles de phtisiques.

On en arrive donc à cette conclusion, que la loi de 1831 ouvre des droits à pension à un militaire atteint de tuberculose à l'occasion d'un fait de service ou des obligations du service. Mais si le mari n'était pas, avant sa mort, détenteur de la pension, ou en instance de pension, la loi n'ouvre pas de droits à pension à la veuve.

En résumé les lois du 11 avril 1831 et du 8 octobre 1905 ont voulu être nettement restrictives et limiter les droits à pensions de veuves aux seules maladies endémiques ou contagieuses.

La tuberculose n'est pas endémique ; elle est ubiquitaire. A de très rares exceptions près, la contagion au sens de la loi de 1905, ne provient pas du milieu militaire d'où les tuberculeux, et surtout les tuberculoses ouvertes sont systématiquement exclus ; de sorte que, sauf l'exception prévue par le Conseil d'Etat, les groupes de maladies visées par la loi de 1905 ne comprennent pas la tuberculose.

Suicide. — La jurisprudence se refuse, en principe, à considérer le suicide comme un accident de service. Le droit à pension peut exister lorsqu'il se produit à la suite d'une blessure reçue ou encore d'une maladie contractée en service. Le rôle dú médecin est extrêmement délicat dans ces circonstances ; c'est en s'appuyant sur les données précédentes (blessure ou maladie antérieure) qu'il arrivera à pouvoir entraîner la conviction.

Visites annuelles. — Nous avons vu combien la loi est exigeante pour les pensions de veuves ; exigeante sur l'origine ; exigeante sur la cause du décès. Le caractère restrictif de la législation s'explique par la difficulté où l'on se trouve souvent pour établir la filiation de la maladie, cause du décès et l'origine du service, après un espace de temps parfois fort long, difficulté beaucoup plus grande pour la maladie que pour la blessure et qui donne lieu à beaucoup plus d'incertitudes et d'abus. Aussi les lois et règlements ont-ils édicté une série de formalités, destinées à permettre de constater l'origine de l'infirmité et d'en suivre la persistance et l'évolution, de façon à permettre de vérifier si la maladie cause du décès découle bien du fait de service ini-

tial ; d'où la nécessité d'un certificat d'origine contemporain du fait de service, si c'est possible, ou sinon de documents, enquêtes, informations. Ce n'est pas tout ; lorsque la maladie endémique ou contagieuse, lorsque l'accident de service survient chez un militaire marié ou veuf avec enfant, il est établi, outre le certificat d'origine extrait du registre à souches, un duplicata de ce certificat : d'année en année, à moins de douze mois d'intervalle, des certificats établis par des médecins militaires doivent constater l'état actuel de la blessure et ses suites s'il y a lieu.

La veuve est sans droit si une année révolue s'est écoulée depuis la dernière constatation médicale.

Considérations générales. — Il ressort de tout ce que nous venons de voir, que la législation actuellement en vigueur est beaucoup moins libérale pour les veuves et orphelins que pour les militaires eux-mêmes. Alors qu'une maladie ordinaire (non endémique ou contagieuse) peut ouvrir des droits à pension à un militaire encore vivant, elle cesse de les justifier, s'il meurt de la maladie. Aussi, comme le font observer les auteurs du *Répertoire du Droit Administratif* (1), « les militaires atteints de « maladies graves ne doivent pas hésiter à faire valoir leurs droits « à la retraite pour sauvegarder éventuellement les droits de leur « femme, au lieu de profiter de la bienveillance de leurs chefs « pour rester encore en activité malgré leurs infirmités ».

Décès en captivité. — Il semble toutefois que le décès par maladie non contagieuse ou endémique, lorsqu'il survient en captivité, puisse ouvrir des droits à pension ; c'est ainsi, du moins, qu'a jugé la Section des Finances le 9 mai 1916.

Nouveaux projets de loi. — Le Parlement a été saisi de plusieurs projets de lois tendant à modifier la législation des pensions ; tous sont beaucoup plus libéraux, et il faut bien le dire, beaucoup plus équitables pour les veuves. Ils étendent le droit propre de la veuve au cas où le décès du mari a été causé par des maladies d'une nature quelconque, pourvu qu'elles aient été occasionnées par le service. C'est en prévision du vote de cette

(1) Tardieu, *op. cit.*, p. 157, renvoi 1.

loi, que dans tous les cas où le décès est survenu à la suite d'une maladie non contagieuse ou endémique, le service général des pensions pose les deux questions suivantes, à savoir :

1° Si l'affection cause de la mort a été occasionnée ou aggravée par un accident éprouvé dans un service commandé ?

2° Si l'affection cause de la mort a été occasionnée ou aggravée par les fatigues ou les dangers du service militaire ?

Ouvriers d'usine

Trois circulaires du Sous-Secrétariat des munitions (1) ont réglé la situation des militaires affectés soit à des établissements privés, soit à des établissements de l'Etat et détachés d'un corps dans les usines ; ils ne *relèvent que de la législation ouvrière et notamment de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.* En cas de décès, la loi de 1898 n'accorde d'indemnité que si le décès est nettement imputable à un accident du travail ; mais si la mort est consécutive à une maladie, cette loi, à de très rares exceptions près, ne trouve pas son application.

Néanmoins, en nombre de circonstances, les médecins sont appelés à donner leur avis pour l'établissement de dossiers de veuves d'ouvriers militarisés. C'est que, dans certains cas, il est utile de rechercher si la maladie, cause du décès, ne peut pas être imputée aux obligations du service militaire, du fait que l'ouvrier, avant d'être employé à l'usine, a été enrégimenté pendant un certain temps. Un projet de loi en préparation prévoit l'attribution de pensions aux veuves de tous les militaires décédés des suites de maladie contractée en service, sans distinguer s'il s'agit d'une maladie contagieuse ou non. Si cette loi est votée, les veuves des militaires détachés dans les usines pourront postuler une pension militaire, s'il est prouvé que leurs maris sont morts des suites d'une maladie contractée en service commandé à une époque antérieure à leur entrée à l'usine.

Dans des cas similaires, les médecins auront donc à rechercher si le service militaire *accompli avant l'entrée à l'usine* a pu occasionner ou aggraver l'affection cause de la mort.

(1) *B. O.* (P. S. P., p. 433), 15 octobre 1915 ; p. 563, 24 novembre 1915 ; p. 1005, 26 décembre 1916.

« Ces dispositions ne sont pas applicables aux hommes affectés dans les établissements ou ateliers, *en qualité de militaires*, et qui, à ce titre reçoivent, non le salaire de leur profession, mais la solde militaire de leur grade, augmentée ou non d'une prime d'encouragement. Ces hommes continuent à jouir de tous les avantages concédés aux militaires, et par voie de conséquence, sont en situation de revendiquer, en cas d'infirmités, le bénéfice, soit de la loi du 21 avril 1831 sur les pensions militaires, soit des décrets du 13 février 1906 et 24 mars 1915 sur les gratifications de réforme » (1).

En attendant le vote d'une nouvelle loi, force est d'appliquer celle qui est encore en vigueur, et que les médecins traitants devraient tous connaître. Chose curieuse, alors que les dossiers de pension ou de gratification regorgent le plus souvent de documents, c'est à peine si dans les dossiers de veuves on arrive à trouver une ou deux maigres pièces médicales avec quelques renseignements succincts, le plus souvent insuffisants pour permettre d'apprécier en connaissance de cause. Il faut procéder à des enquêtes souvent longues et difficiles ; les médecins ne répondent pas toujours d'une façon suffisamment précise aux questions posées, parce qu'ils ne sont pas suffisamment au courant des restrictions de la loi.

Cas d'espèces. — Examinons quelques cas d'espèces.
Le décès peut être dû :
Soit à une blessure ;
Soit à une maladie ;
Soit à l'association de blessures et de maladies.

A. — **Blessures.** — Il n'y a en général pas de doute possible. En quelques mots nets et précis, le médecin peut établir un document qui ne prête à aucune discussion.

Exemples :

a) « Décédé de méningo-encéphalite suite de plaie perforante du crâne par balle reçue le 25 septembre 1915 à.... La blessure de guerre, a été la cause directe de la mort ». Ce diagnostic seul entraîne la pension de taux exceptionnel.

(1) Circulaire du 26 décembre 1916 (*B. O.* P. S. P.), p. 1005.

b) Si le décès est dû à un accident survenu en service commandé : c'est le taux ordinaire qui ressort du diagnostic suivant :

« Décédé de fracture de la base du crâne par chute de cheval survenue au Camp de la Valbonne, le 23 décembre 1915. L'accident a été la cause directe de la mort ».

c) Décédé de septicémie, consécutive à une fracture ouverte de la jambe droite par balle de fusil, reçue à Massiges le 5 février 1915 (c'est le taux exceptionnel). Si, au contraire, la même affection a été provoquée par chute dans un escalier de la caserne, pendant un service commandé, c'est la pension de taux normal.

Donc la même blessure, suivant qu'elle est due à une blessure de guerre ou à un accident en service commandé, ouvre à la veuve des droits à une pension de taux différent.

B. — **Maladies.** — Nous rappelons encore qu'en principe, seuls, les décès par maladies contagieuses ou endémiques ouvrent des droits à une pension de veuves.

1° En conséquence, le médecin qui inscrit sur un billet d'hôpital le diagnostic suivant : « Mort de congestion pulmonaire » délivre un certificat négatif qui va nécessiter une enquête. En effet, le diagnostic « congestion pulmonaire » est un diagnostic *anatomique* : la loi de 1905 exige un diagnostic *étiologique*. Le diagnostic : « Congestion pulmonaire par lésion cardiaque » n'ouvre aucun droit à pension ; au contraire, la congestion pulmonaire d'origine grippale, rubéolique, justifie la pension de veuve, si le certificat médical est appuyé d'un document prouvant que la rougeole, la grippe, régnaient à cette époque dans la garnison ou dans le régiment, et que l'intéressé a été soumis aux influences de ces maladies, par les obligations de son service.

2° Un militaire meurt de néphrite : le billet d'hôpital porte cette simple indication : « Décédé de néphrite aiguë ». Ainsi libellé, le certificat n'ouvre aucun droit à la veuve. Mais une enquête démontre que la néphrite est nettement consécutive à une fièvre typhoïde contractée au front. Dès lors, le droit à pension existe.

3° Le diagnostic « Méningite » ne donne aucun droit à pension. Il en est de même de la méningite tuberculeuse. La méningite cérébro-spinale contractée en service justifie l'application de la loi de 1905 (taux normal) ; la méningite traumatique, à la suite

d'un accident en service commandé, justifie la pension de taux normal ; la même méningite traumatique due à une perforation par blessure de guerre crée des droits au taux exceptionnel.

4° Un militaire retour de Salonique succombe à une tuberculose pulmonaire. La maladie est d'abord imputée aux fatigues et obligations de la vie militaire, c'est-à-dire qu'en l'état actuel de la législation, elle ne crée aucun droit à une pension de veuve. Mais l'enquête démontre que cette tuberculose s'est manifestée à l'occasion de violentes attaques de paludisme ayant nécessité une longue hospitalisation. La veuve est proposée pour une pension : le diagnostic est le suivant : « Violentes attaques de paludisme, contracté à Salonique, ayant, sinon occasionné, du moins considérablement aggravé une tuberculose latente ».

Un militaire succombe à la tuberculose après une attaque de rougeole. Le diagnostic doit être formulé : « Rougeole compliquée de tuberculose pulmonaire ».

5° Nous avons vu deux dossiers dans lesquels le décès était dû à une hémorragie intestinale : dans un cas, la pension était de droit, l'autopsie ayant démontré une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Dans le second cas, il s'agissait d'un néoplasme, n'ouvrant actuellement aucun droit à la veuve.

6° Un homme meurt brusquement dans la tranchée, d'un coup de froid, par une température rigoureuse. Le médecin conclut à un décès dû aux fatigues du service. En l'état actuel de la législation, le diagnostic entraîne un refus de pension. Le capitaine attribue la mort à un accident survenu en service commandé. Ce serait pour la veuve la pension de taux normal. Etant donné ce que l'on sait de l'événement de guerre, il semble que dans ce cas, il y aurait eu lieu pour le médecin, d'appeler l'attention de l'autorité supérieure chargée de décider si cette mort brusque, dans la tranchée, ne doit pas être rattachée à un événement de guerre.

Dans le même ordre d'idée, signalons le cas suivant : deux médecins, officiers supérieurs, en allant visiter les postes de secours, sont surpris par un tir de barrage d'une violence telle qu'ils doivent chercher un abri derrière des rochers où l'un d'eux meurt subitement. Le rapport médical attribue le décès aux fatigues de la campagne. C'est le refus de pension. N'était-ce pas encore le cas de soulever la question de l'événement de guerre ?

C. — **Lorsqu'il y a association de blessures et de maladies**, le médecin ne doit pas oublier que toutes les fois que le décès est consécutif à une blessure de guerre, il y a lieu de le spécifier très affirmativement.

Exemples : Décédé de péritonite suraiguë, suite de plaie perforante de l'abdomeu par balle (blessure de guerre). La blessure a été la cause directe de la mort.

Décédé de plaie perforante de poitrine par balle, ayant provoqué une pleurésie purulente et nécessité une large résection costale (blessure de guerre). La blessure a été la cause directe de la mort.

Dans ces deux cas, la maladie a été la conséquence immédiate de la blessure. Mais il est d'autres exemples plus complexes.

Quand à une blessure de guerre s'associe une maladie, le médecin doit faire ressortir :

1° Si le décès est une conséquence de la blessure de guerre ;

2° Si au contraire la mort est une conséquence de la maladie ;

3° Si la blessure de guerre a pu occasionner ou aggraver la maladie.

1° Si le décès est une conséquence de la blessure de guerre la veuve a droit à une pension de taux exceptionnel.

Exemple : fracture comminutive du genou, avec pleurésie intercurrente. Décédé des suites de la blessure de guerre.

2° Quand la mort est une conséquence de la maladie, et non de la blessure, la veuve a droit à une pension de taux normal, si le décès est dû à une affection endémique et contagieuse contractée à l'occasion du service : elle n'aura aucun droit à pension si la mort est due à une affection banale.

Exemples :

Séton de la cuisse par balle : fièvre typhoïde intercurrente contractée aux armées et ayant causé la mort.

La veuve aura la pension de taux normal.

Plaie de l'avant-bras par éclat d'obus : décédé d'endocardite sans rapport avec la blessure (refus de pension).

3° Si la blessure de guerre a occasionné ou aggravé la maladie, on retombe dans le premier cas (taux exceptionnel).

Exemples :

Fracture comminutive du genou : fièvre typhoïde *aggravée* par la blessure et ayant causé la mort.

Fracture comminutive du genou : endocardite *aggravée* par la blessure de guerre et ayant occasionné la mort.

3° En cas de suicide, nous rappelons que le médecin devra toujours envisager si le suicide a été provoqué dans les conditions requises par la loi du 8 décembre 1905, c'est-à-dire s'il est la conséquence d'une blessure reçue ou d'une maladie contractée en service :

4° Un blessé retraité pour amputation de cuisse rentre dans ses foyers et meurt de pneumonie. La question suivante se pose : l'affection cause de la mort a-t-elle été occasionnée ou aggravée par la blessure de guerre?

Cette question ne peut être résolue que par une enquête, à laquelle le médecin répond : « depuis son retour, cet homme ne pouvait pas sortir de son domicile en raison de la persistance de suppuration du moignon, suppuration qui l'avait beaucoup affaibli. »

Conclusion : la pneumonie a été sinon occasionnée, au moins très aggravée par la blessure de guerre (taux exceptionnel).

Il en serait tout autrement si une pneumonie était survenue sur un amputé bien guéri de son amputation : la veuve aurait eu la pension de taux normal.

L'observation suivante est de même espèce : un blessé énucléé d'un œil rentre dans ses foyers et meurt de méningite. L'enquête démontre que la suppuration de l'orbite n'a jamais cessé. Donc la méningite est bien le fait de la blessure de guerre (taux exceptionnel).

Toutes les fois qu'il y a doute, soit sur l'origine de la maladie, soit sur la nature de l'affection, il ne faut pas hésiter à procéder à une enquête ; la question est trop grave pour qu'on ne réunisse pas toutes les preuves, tous les documents de nature à justifier ou à infirmer une proposition de pension.

Voici par exemple une demande d'enquête : Diagnostic porté : congestion pulmonaire.

« Considérant que :

1° Les médecins du corps et de l'hôpital de... ne font pas connaître si la congestion pulmonaire était due ou non à une affection de nature endémique ou contagieuse.

2° Le Conseil d'administration en transmettant le rapport du médecin-chef de service du corps ne fait pas connaître son appré-

ciation sur la relation de cause à effet qui peut ou non exister entre l'affection cause de la mort et un fait de service ou les obligations du service :

Il y a donc lieu de procéder à une enquête aux fins de précisions à l'égard de ces divers points, et dans le cas où l'affection aurait été reconnue de nature endémique ou contagieuse, de demander au Conseil d'administration si le décédé a été ou non soumis à l'influence de ladite maladie par les obligations de son service. »

Cette demande d'enquête est bien rédigée parce qu'elle n'essaie d'influencer ni dans un sens, ni dans l'autre, les médecins et le Conseil d'administration. De plus, elle envisage tous les desiderata de la loi du 8 décembre 1905, à savoir : l'affection est-elle de nature endémique ou contagieuse ?

L'intéressé a-t-il été soumis aux influences de la maladie par les obligations de son service ?

5º Un blessé détenteur d'une gratification renouvelable pour paralysie radiale avec fracture consolidée de l'humérus, meurt dans ses foyers. Le droit à pension n'existe pas pour la veuve, car la gratification renouvelable n'ouvre pas de droits à la pension de veuve. Toutefois si l'infirmité entraînait une gêne fonctionnelle égale à 60 0/0, le service des pensions propose la pension, en s'appuyant sur le fait que l'infirmité réunissant les conditions d'origine et de gravité, c'est par suite d'une erreur de pronostic que la pension de retraite n'a pas été accordée au blessé, de son vivant.

6º Un ouvrier militarisé employé dans une usine meurt avec le diagnostic : tuberculose pulmonaire. L'affection est-elle imputable au service militaire ?

Le médecin répond : après six mois passés au front, le soldat a été affecté à la manufacture d'armes, et déjà à son arrivée il toussait fréquemment. Le travail auquel il a été soumis à la manufacture n'avait rien de pénible. Il y a donc lieu d'admettre que l'état de santé de X... avait été aggravé par les fatigues et dangers de la vie militaire en campagne.

Cette explication pourra créer ultérieurement des droits à pension.

Le tableau ci-joint résume la question des pensions des veuves et orphelins.

	OFFICIERS	SOUS-OFFICIERS et soldats
1° Tué sur le champ de bataille ou mort dans un événement de guerre.	1/2 du maximum de la pension affectée au grade du mari.	3/4 du maximum
2° Blessé sur le champ de bataille ou dans un événement de guerre. Meurt ultérieurement de ses blessures.	1/2 —	3/4 —
3° Mort de suite de lutte ou combat dans l'exercice de ses fonctions (Gendarme) ou chute d'avion (Aviateur).	1/2 —	3/4
4° Tué en service commandé en dehors de tout événement de guerre.	1/3 —	1/2
5° Blessé en service commandé, meurt ensuite de ses blessures.	1/3 —	1/2
6° Mort d'une maladie contagieuse ou endémique.	1/3 —	1/2
7° Mort en jouissance d'une pension de retraite pour ancienneté de service, ou après 25 ans de service ; ou bien pour blessures ou infirmités.	1/3 —	1/2

Succession des militaires décédés

Les médecins peuvent être appelés à donner un avis en cas de succession de militaires décédés, victimes de la guerre.

La question est tellement importante que nous croyons devoir reproduire *in extenso* la circulaire ministérielle du 22 juillet 1916 (B. O. P. P.), n° 38, page 568.

« L'article 6 de la loi du 26 décembre 1914 exempte de l'impôt de mutation par décès les parts nettes recueillies par les ascen-

dants et descendants et par la veuve du défunt dans les successions... « 2° des militaires qui, soit sous les drapeaux, soit après renvoi dans leurs foyers, seront morts dans l'année à compter de la cessation des hostilités, de blessures reçues ou *de maladies contractées pendant la guerre* ».

Cette exonération est subordonnée à la production d'un certificat de l'autorité militaire « constatant que la mort a été causée par une blessure reçue ou *une maladie contractée pendant la durée de la guerre* ».

D'après les renseignements qui me sont fournis, ces dispositions donnent lieu à des divergences d'interprétation de la part des autorités militaires, dans le cas où le militaire est décédé de maladie après renvoi dans ses foyers.

Certaines de ces autorités exigent, pour délivrer le certificat servant de titre à l'exemption, que la maladie ait été contractée *pendant que le défunt était sous les drapeaux*, tandis que d'autres accordent le certificat sans rechercher si l'origine de la maladie est antérieure ou postérieure au renvoi du militaire dans ses foyers et se considèrent comme tenues de l'accorder par le fait seul que la maladie a été contractée *avant la fin de la guerre*.

J'estime, avec le Ministre des finances, que la première de ces deux interprétations est seule exacte.

En conséquence lorsqu'un militaire vient à décéder de maladie après renvoi dans ses foyers, il y a lieu de rechercher si l'origine de la maladie est antérieure ou postérieure au renvoi du militaire dans ses foyers. Dans ce dernier cas, l'exonération des droits de mutation par décès ne sera, en effet, pas acquise à ses ascendants ou descendants et le certificat prévu par la loi devra être refusé. »

CHAPITRE X

RÉGIME DES GRATIFICATIONS

La loi de 1831 n'indemnise que certaines infirmités graves et incurables ; elle laisse sans réparation un nombre considérable d'infirmités, les unes graves mais non incurables, les autres, incurables mais n'ayant pas la gravité suffisante pour justifier la pension.

« Ce régime aurait été depuis longtemps reconnu comme mani-« festement insuffisant, s'il n'avait été complété et tempéré par « des mesures purement réglementaires, prises par les divers « gouvernements en dehors de toute intervention législative, « sauf en ce qui concerne le vote des crédits, et destinés à sub-« venir à la situation des militaires devenus malades ou infirmes « par suite de leur service et rayés des contrôles sans remplir les « conditions requises par la loi pour l'ouverture du droit à pen-« sion ; c'est ce qu'on appelle le système des gratifications renou-« velables, applicables à tous les non-officiers (1) ».

La gratification ne constitue pas un droit : c'est une libéralité ; « les gratifications renouvelables sont des allocations que le « Ministre de la guerre est autorisé à accorder par mesure gra-« cieuse dans la limite des crédits dont il dispose » (2). Le principe posé, il n'en est pas moins vrai qu'en fait, la gratification a toujours été accordée à ceux qui y ont des titres.

Différence de la gratification et de la pension. — La gratification diffère de la pension : 1° En ce que constituant une

(1) Projet de loi tendant à modifier la législation des pensions.
(2) *B. O.* Volume 66², pensions et gratifications de réforme.

concession gracieuse, elle ne peut donner lieu à aucun recours contentieux. 2° Elle n'est pas reversible sur la veuve et les orphelins. 3° Elle ne s'applique pas aux officiers.

Historique. — « Le principe de cette récompense remonte « à l'origine de la législation militaire ; consacrée en termes for- « mels par l'ordonnance du 27 août 1814, son application fut, dès « lors, subordonnée à des règles fixes et uniformes qui sont res- « tées en vigueur postérieurement à la loi du 11 avril 1831 sur « les pensions militaires » (1).

Donc l'idée n'est pas neuve ; il est assez curieux d'en suivre l'évolution. La conception primitive est celle d'une récompense une fois payée, et fixée à la moitié du maximum de la pension de retraite correspondant au grade des militaires réformés. Ainsi :

Le maréchal-des-logis touche une fois payée une somme de	125 francs
Le caporal.	110 —
Le soldat	100 —

le minimum de pension étant pour le premier de 250 francs, pour le second de 220 francs, enfin pour le dernier de 200 francs.

Une circulaire du Ministre de la guerre, du 3 août 1853, autorise le renouvellement de la gratification pour une seconde année. Une décision impériale du 3 janvier 1857 en permet le renouvellement successif, aussi longtemps que dure la gêne fonctionnelle : « Lorsque cette cause n'existe plus, il y a un inconvénient « à ce que la récompense, le dédommagement pécuniaire lui « survive longtemps ».

« A côté de celui qui reçoit sans motif de l'argent du trésor, « il y a des centaines de gens qui fournissent cet argent et n'en « profitent pas ; ceux-ci pourraient se plaindre et ils auraient « raison. Pour qu'une mesure de munificence soit toujours bonne, « il faut qu'elle soit toujours légitime ; dans beaucoup de cas la « gratification *viagère* cesserait d'être motivée ».

« Ces concessions pourraient prendre le titre de gratifications « de réforme renouvelables » (2).

(1) *Bulletin officiel*, volume 66², page 4.
(2) *Ibidem*, page 7.

Leur quotité était égale à la moitié des minima fixés par la loi des pensions ; rappelons la à titre de curiosité :

pour les soldats	180 francs
pour les caporaux ou brigadiers	190 —
pour les sergents et les maréchaux-des-logis . .	205 —
pour les sergents-majors et maréchaux-des-logis chefs.	230 —
pour les adjudants	280 —

Donc, à la conception primitive d'une allocation une fois donnée, a succédé peu à peu l'idée d'une allocation renouvelable, révocable, mais de quotité fixe.

Elle peut être renouvelée tous les deux ans à la suite d'une visite médicale. Le retrait a lieu : 1° après guérison ; 2° pour cause d'inconduite. Et la note du 29 décembre 1856 ajoute : « Ce « serait donc un puissant moyen d'action dans les mains de l'au- « torité sur ces militaires, moyen qui n'existerait plus du moment « où la concession aurait le caractère d'une pension viagère ins- « crite au grand livre de la dette publique » (1).

La loi de 1898 sur les accidents du travail devait avoir fatalement une répercussion sur la législation et les règlements militaires. Elle en a eu sur la loi de 1831, à laquelle il a été apporté des adoucissements (voir origine). Pour les gratifications, un décret du 13 février 1906 institue dans les taux trois échelons correspondant à la gravité de la blessure ou de l'infirmité, et à la « diminution des facultés de travail » ; les taux sont de 10, 20, 30 0/0.

La gratification est renouvelable ; elle peut être convertie en gratification renouvelable d'une autre catégorie ou en gratification permanente.

C'était là un premier pas, beaucoup trop timide, dans la voie ouverte par la loi de 1898. La pratique en avait rapidement montré l'insuffisance. Aussi, dès 1912, le Comité de santé, d'accord avec la direction du contentieux, avait-il longuement préparé et mûri un projet d'extension des taux jusqu'à 60 et même 100 0/0.

Mais des difficultés soulevées par les finances retardaient l'adoption de la réforme.

(1) *Ibidem*, page 8.

La guerre a levé toutes les hésitations en démontrant que les taux limités, adoptés jusqu'alors, ne permettaient pas d'indemniser équitablement nombre d'infirmités.

Un décret du 24 mars 1915 modifie le système des gratifications : l'exposé des motifs montre les lacunes du régime antérieur; c'est à ce titre que nous le reproduisons.

DÉCRET DU 24 MARS 1915

Exposé des motifs. — La loi du 11 avril 1831 sur les pensions militaires n'a reconnu le droit à pension que dans les cas de blessures à la fois graves et incurables, et la jurisprudence a établi que pour qu'une blessure fût grave, au sens de cette loi, elle devait entraîner une diminution de 60 0/0 dans les facultés de travail.

D'autre part, le décret du 13 février 1906 n'a établi la gratification de réforme renouvelable en faveur des militaires non officiers, que pour les infirmités déterminant une diminution de 10 à 30 0/0 dans les facultés de travail.

Il résulte donc des textes en vigueur :

1° Que toute infirmité réputée curable, même amenant l'abolition totale des facultés de travail, ne peut entraîner que l'allocation d'une gratification de réforme, égale au plus à celle prévue pour une diminution d'aptitude égale à 30 0/0.

2° Que toute infirmité entraînant une diminution d'aptitude au travail entre 30 et 60 0/0 ne donne pas lieu à une réparation équitable, même si son incurabilité est établie, puisqu'elle ne peut être rémunérée que par une gratification de réforme destinée à indemniser une diminution d'aptitude égale à 30 0/0.

Ces lacunes de la réglementation présentent des inconvénients particulièrement graves en temps de guerre. D'une part, il est injuste de n'accorder à des blessés, atteints d'infirmités sérieuses, que des réparations insuffisantes. D'autre part, il est dangereux d'obliger les médecins, chargés d'examiner les demandes de pension au point de vue technique, à se trouver partagés entre l'application stricte de règles un peu étroites et leurs sentiments bien naturels d'humanité. Un médecin chargé d'examiner un

malade atteint de tuberculose pulmonaire, de blessure des articulations ou des nerfs, de troubles fonctionnels graves de nature hystéro-traumatique (cécité, paralysies variées, etc....), consécutifs à une commotion nerveuse, ne peut, en effet, affirmer en toute connaissance de cause, dans les premiers mois qui suivent l'accident, si les infirmités purement fonctionnelles consécutives, qui peuvent aller jusqu'à l'abolitiou complète des facultés, sont ou non incurables, surtout dans les circonstances présentes où sont pratiquement impossibles les hospitalisations prolongées, les enquêtes minutieuses, seules susceptibles de l'éclairer complètement. Il se trouve donc en présence de l'alternative, ou d'admettre à la pension irrévocable un malade susceptible de guérison, ou de conclure à indemniser une abolition actuellement totale des facultés par une gratification destinée à rémunérer une diminution d'aptitude de 30 0/0.

Pour obvier à ce grave danger, qu'accentue en ce moment le nombre considérable de blessures causées par la guerre, il serait opportun de remanier la réglementation actuellement applicable aux gratifications de réforme à un double point de vue :

1° En créant deux nouveaux échelons de gratifications correspondant à des diminutions de 40 et 50 0/0 dans les facultés de travail, les infirmités comprises dans ces deux nouveaux échelons ouvrant droit comme celles des échelons précédents, à la gratification permanente en cas d'incurabilité constatée.

2° En créant des échelons accessoires de gratification allant de 60 0/0 de diminution d'aptitude au travail jusqu'à l'abolition complète des facultés de travail. Ces gratifications nouvelles, dont les taux seraient calculés d'après ceux des pensions correspondantes, seraient attribuées dans tous les cas où les infirmités, suffisamment graves pour ouvrir le droit à pension, ne paraîtraient pas incurables. Il est bien entendu que ces allocations ne pourraient jamais devenir permanentes en conservant le caractère de gratification ; elles ne pourraient être transformées qu'en pensions viagères, si l'incurabilité de l'infirmité était constatée dans le délai de cinq ans, prévu par le décret du 15 mai 1889 pour la transformation de la gratification renouvelable en pension. La pension concédée serait afférente à la classe correspondant, dans l'échelle de gravité des infirmités, en quantum de diminution des facultés de travail du gratifié, au moment de la transformation de la gra-

tification en pension. Passé ce délai de cinq ans, ces gratifications continueraient, mais à titre d'allocations essentiellement renouvelables, et sous réserve de la visite bisannuelle imposée à tous les gratifiés.

La présente réforme aurait donc pour effet d'apporter un nouvel élément de justice dans l'attribution des gratifications de réforme et de permettre de proportionner véritablement la rémunération au préjudice subi.

L'augmentation de crédit qu'elle entraînerait serait plus apparente que réelle.

En effet, elle permettrait de n'accorder, aux lieu et place de pensions, que dans bien des cas les motifs d'humanité auraient fait attribuer à perpétuité d'une façon prématurée, des allocations essentiellement temporaires, qui seraient appelées à diminuer de taux ou même à disparaître, au fur et à mesure des améliorations ou des guérisons complètes.

Décret. — Article premier. — Les articles 1 et 2 du décret du 13 février 1906 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Article premier. — Lorsque des blessures reçues ou des infirmités contractées au service par des militaires non officiers ne rempliront pas les conditions de gravité ou d'incurabilité requises par l'article 12 de la loi du 11 avril 1831, pour leur donner droit à la pension de retraite, mais qu'elles seront cependant de nature à réduire ou même à abolir temporairement leurs facultés de travail, le Ministre de la guerre sera autorisé à concéder à ces militaires des gratifications renouvelables dont les taux annuels seront fixés, pour chaque grade, dans le tableau annexé au présent décret, selon la gravité de la blessure ou de l'infirmité ainsi calculées :

1re catégorie : abolition totale non incurable des facultés de travail (100 0/0).

2e catégorie : réduction non incurable des facultés de travail évaluée à 80 0/0.

3e catégorie : réduction non incurable des facultés de travail évaluée à 60 0/0.

4e catégorie : réduction d'au moins 50 0/0 incurable ou non incurable.

5e catégorie : réduction d'au moins 40 0/0 incurable ou non incurable.

6e catégorie : réduction d'au moins 30 0/0 incurable ou non incurable.

7e catégorie : réduction d'au moins 20 0/0 incurable ou non incurable.

8e catégorie : réduction d'au moins 10 0/0 incurable ou non incurable.

Art. 2. — La gratification est accordée, en principe, pour deux années. Elle peut être renouvelée successivement par périodes d'égale durée. Les gratifications des trois premières catégories ne peuvent être converties qu'en pension si, dans un délai de cinq ans au maximum depuis depuis la date de la cessation d'activité, les blessures ou infirmités des gratifiés réunissent les conditions de gravité et d'incurabilité prévues par la loi.

Les gratifications comprises dans les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e catégories peuvent, à toute époque, être converties en gratification permanente, lorsque les infirmités qui ont motivé leur concession sont devenues incurables ou dans le délai fixé au paragraphe précédent et, en cas d'aggravation, en pensions viagères.

Remarques sur le décret du 24 mars 1915. — Le décret du 24 mars 1915 a apporté une amélioration considérable : toutefois, en étudiant plus loin les invalidités multiples, nous montrerons que ces deux systèmes parallèles (pensions et gratifications), mais qui ne peuvent pas se compléter l'un par l'autre, ne permettent pas de répondre à tous les desiderata.

Pour les infirmités dont le taux d'indemnisation est supérieur à 60 0/0, afin d'établir une assimilation complète entre les tarifs de la loi de 1831 et ceux des gratifications, le décret a supprimé les taux de 70 0/0 et de 90 0/0 ; il en résulte que le blessé, dont la diminution des facultés de travail est réellement de 70 0/0, ne peut être indemnisé qu'au taux de 60 ou 80 0/0 ; de sorte qu'on lèse, ou bien les intérêts du blessé en réduisant le taux à 60 0/0, ou bien ceux de l'Etat en l'élevant gratuitement à 80 0/0, et dans ce dernier cas on crée une inégalité envers le blessé dont l'infirmité entraîne une invalidité réelle de 80 0/0.

Le décret du 24 mars 1915 et la loi sur les accidents du travail. — Le décret du 24 mars 1915 est une adaptation à la législation militaire de la loi de 1898 sur les accidents du travail, mais ce n'est qu'une adaptation, car entre la loi et le décret il y a des différences notables. Le décret a pris à la loi ses taux d'indemnisation et son idée de principe de la diminution de la faculté de travail. Mais la loi de 1898 est une loi spéciale et forfaitaire :

TARIF DES GRATIFICATIONS

(Annexe au Décret du

GRADES	1re CATÉGORIE — Diminution de 100 p. 100	2e CATÉGORIE — Diminution de 80 p. 100	3e CATÉGORIE — Diminution de 60 p. 100
Militaires Européens			
Adjudant-Chef	1.800	1.400	1.100
Adjudant	1.690	1.300	1.000
Aspirant	1.625	1.250	950
Sergent-Major	1.560	1.200	900
Sergent	1.430	1.100	800
Caporal	1.170	900	700
Soldat	975	750	600
Militaires Indigènes			
Algérie-Tunisie			
Sous-Officiers	971	747	597
Caporal	849	653	528
Soldat	715	550	450
Indo-Chine			
Adjudant	612	470	336
Autres Sous-Officiers	510	392	280
Caporal	364	280	200
Soldat	300	231	165
Madagascar			
Adjudant	393	302	216
Autres Sous-Officiers	328	252	180
Caporal	273	210	150
Soldat	218	168	120
Afrique Occidentale			
Adjudant	737	567	405
Autres Sous-Officiers	614	473	338
Caporal	501	365	275
Soldat	410	315	225

RENOUVELABLES.

24 mars 1915).

4e CATÉGORIE — Diminution de 50 p. 100	5e CATÉGORIE — Diminution de 40 p. 100	6e CATÉGORIE — Diminution de 30 p. 100	7e CATÉGORIE — Diminution de 20 p. 100	8e CATÉGORIE — Diminution de 10 p. 100
910	730	550	368	184
832	666	500	334	168
791	633	475	318	159
750	600	450	300	150
666	533	400	268	134
582	466	350	234	118
500	400	300	200	100
497	398	299	200	100
440	352	264	176	88
375	300	225	150	75
280	224	168	112	56
232	186	140	94	48
166	133	100	68	34
140	112	84	56	28
180	144	108	72	36
150	120	90	60	30
126	101	76	50	26
100	80	60	40	20
340	272	204	136	68
282	226	170	114	56
230	184	138	92	46
190	152	114	76	38

son objet essentiel a été de proclamer l'existence du risque professionnel et d'affranchir désormais l'ouvrier de toute obligation de preuve de la faute du patron. Avec cette loi, « l'évaluation « des incapacités permanentes comporte une double interpréta- « tion qu'on peut formuler ainsi :

« 1° Evaluation de la dépréciation générale résultant de l'at- « teinte à l'intégrité corporelle. »

« 2° Evaluation des conséquences de l'infirmité par rapport à « la profession exercée par la victime. »

« Il importe donc que les experts s'expliquent d'une façon « précise sur le rôle que joue le membre ou l'organe dans « la profession de la victime ou la répercussion que peut avoir la « blessure sur son exercice futur » (1).

De ces deux bases d'appréciation, l'une, la seconde, est tellement importante qu'il a été publié des tableaux de l'évaluation des infirmités permanentes suivant les différentes professions ; et suivant les professions, les taux varient souvent du simple au double ou même au triple pour une même infirmité.

Or, dans l'appréciation de l'invalidité résultant des blessures ou des maladies chez les militaires, il est impossible de tenir compte de la profession. On ne peut donc évaluer que la dépréciation générale résultant de l'atteinte à l'intégrité corporelle, et de la gêne fonctionnelle non pas *professionnelle*, mais *physiologique*. Donc entre la loi de 1898 sur les accidents du travail et la législation militaire actuelle ou prochaine, il y aura toujours une différence profonde : la loi de 1898 repose en grande partie sur la notion de capacité *professionnelle;* la législation milltaire telle qu'elle est actuellement et quelle qu'elle puisse être ultérieurement, en raison de la constitution même de l'armée nationale, de la multiplicité d'origine de ses éléments, ne pourra jamais envisager que la réduction de la *capacité fonctionnelle*, le dommage absolu. Dès lors, est-il bien indiqué d'adopter en l'espèce les taux d'invalidité de la loi de 1898 ? Ces taux sont trop élevés en général, non pas si on les considère au point de vue professionnel, mais si on les envisage au point de vue de la capacité fonctionnelle. Un ouvrier amputé de la main droite a réelle-

(1) *Guide du médecin dans les accidents du travail* (Forgue et Jeanbrau).

ment une diminution de capacité professionnelle considérable, et évaluée pour les ouvriers d'art jusqu'à 90 0/0. Mais même en estimant l'infirmité au taux moyen de 60 0/0, nous demanderons comment il sera possible d'évaluer à sa juste valeur la perte des deux mains, étant donné que la première est évaluée à 60 0/0 et qu'en aucun cas on ne peut dépasser 100 0/0 ? Pourquoi les taux d'invalidité de la loi de 1898 sont-ils souvent aussi élevés comparativement au taux global de 100 0/0 ? D'abord parce que l'importence ou la diminution *professionnelle* est réellement très importante, et aussi peut-être parce que les taux d'indemnisation ne s'appliquent le plus souvent qu'à la moitié du salaire ; le médecin-expert n'est-il pas tenté de majorer le taux de gêne fonctionnelle, afin d'obtenir une rente adéquate au prix qu'il juge nécessaire pour la réparation du dommage ? C'est donc à une société savante ou à un groupe d'experts particulièrement qualifiés qu'il appartient d'établir un barème des invalidités sur des bases autres que celles de la loi de 1898.

Guide-barème des invalidités

La mise en application du décret du 24 mars 1915 n'a pas tardé à montrer « que pour des cas de nature et de gravité compara-« bles, les estimations des experts varient dans une très large « mesure ».

« Ces variations ou ces incertitudes vont à l'encontre de l'es-« prit et du but de la nouvelle réglementation conçue avant tout « dans un esprit de stricte équité » (1).

« Pour réduire ces inconvénients dans une large mesure », « il a paru nécessaire de faire dresser par la Commission consul-« tative médicale un guide-barème des invalidités, grâce auquel « une certaine uniformité pourra désormais régner dans les esti-« mations des experts ». Ce guide-barème a été établi sur les moyennes admises par les arrêts de la jurisprudence, en application de la loi de 1898. Il n'est pas inutile de rappeler qu'en matière de législation civile et toutes les fois qu'il s'agit d'incapacité permanente partielle (et ce sont les cas les plus fréquents) les taux d'invalidité sont basés sur la moitié du salaire de l'ou-

(1) Guide-barème des invalidités.

vrier, jusqu'à concurrence de 2.400 francs. Le guide-barème a adopté les taux d'invalidité admis par la législation civile, mais la législation militaire indemnise intégralement les blessés, c'est-à-dire que les taux d'indemnisation correspondent réellement aux taux d'invalidité. La législation militaire a donc pris à la loi tout ce qu'elle pouvait avoir d'avantageux pour les blessés.

Conçu dans les idées les plus larges, le guide-barème a reçu l'approbation de la Société de médecine légale et celle d'un censeur sévère, mais juste (1).

Ce n'est qu'à l'usage qu'il a été possible d'en connaître les points faibles, et le plus important est le système préconisé pour l'indemnisation de la réduction d'acuité visuelle : la méthode recommandée, outre qu'elle accorde des taux d'invalidité bien supérieurs à la moyenne admise, présente l'inconvénient d'indemniser également chacun des dixièmes d'acuité visuelle, alors qu'en réalité la perte des cinq derniers dixièmes est beaucoup plus importante que celle des premiers.

Pour être complet, le guide-barème a énuméré toutes les infirmités, évaluant à leur valeur ouvrière celles même qui de droit justifient la pension de retraite ; il en est résulté, surtout au début, un certain trouble parmi les experts. Pour éviter toute confusion, nous conseillons aux médecins de souligner, sur le guide-barème, les infirmités qui rentrent dans l'échelle de gravité du 23 juillet 1887 et qui justifient immédiatement la retraite.

Faute d'être averti, on est surpris, en comparant les taux d'invalidité et conséquemment les taux d'indemnisation afférents à certaines infirmités, de trouver des différences considérables entre le guide-barème et l'échelle de gravité. C'est dans ce but que nous avons reproduit en face de chaque numéro de l'échelle de gravité les taux prévus pour la même affection par le guide-barème, c'est-à-dire par la loi de 1898. Ainsi, l'ablation d'un pouce évaluée à 20 0/0 par le guide-barème ouvre des droits à la 6e classe de la loi de 1831 indemnisée comme le taux de 60 0/0. Nous en avons indiqué la raison (Voir page 100). Certaines affections qui n'ont pas subi suffisamment l'épreuve du temps, qui ne peuvent encore être considérées comme incurables et consé-

(1) Broca. Les séquelles ostéo-articulaires des plaies de la guerre.

quemment être classées dans la loi de 1831 ne sont indemnisées avec la loi de 1898 qu'à des taux inférieurs à ceux de la loi de 1831 : la différence est surtout sensible dans les lésions oculaires. La perte de la vision d'un œil, définitive et incurable, justifie la 5e classe de l'échelle de gravité, soit une pension de 600 francs, sans compter les annuités afférentes aux années de service ; avec la loi de 1898, la perte de la vision d'un œil, non incurable, ne peut être indemnisée à un taux supérieur à 30 0/0. On se heurte, dans ce cas, à une anomalie qu'il n'est pas possible d'éviter, parce que dans le premier cas on a estimé que la perte de la vision d'un œil est équivalente à la perte de l'usage d'un membre, alors qu'avec la loi de 1898 on n'indemnise que la diminution de la faculté de travail.

Toutes les fois qu'une infirmité peut entraîner une gêne fonctionnelle de gravité variable, le guide-barème, très sagement, laisse une marge de plusieurs dizaines, pour que le médecin-expert puisse faire preuve de clinicien en réglant son taux d'invalidité sur le cas d'espèce qui lui est soumis.

Mais, même lorsque le taux fixé par le guide-barème est unique, le médecin n'est nullement tenu de s'y conformer strictement s'il a des raisons d'ordre médical à faire valoir pour proposer un taux supérieur. Exemple : La raideur articulaire de l'épaule avec angle de mobilité conservée défavorable, est évaluée par le guide-barème à 20 0/0. Il est bien évident, que si à cette raideur articulaire s'ajoutent de la douleur, de l'atrophie musculaire, qui rendent le membre presque impotent, le taux d'invalidité peut être élevé notablement.

CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR LA GRATIFICATION

Quelles sont les conditions nécessaires mais suffisantes pour qu'un militaire, non officier, soit l'objet d'une proposition de gratification renouvelable ?

1° Les conditions d'origine sont exactement les mêmes que celles de la loi de 1831 : l'infirmité doit être imputable au service militaire soit directement, soit par aggravation (voir origine).

2° L'infirmité ne doit pas présenter les caractères de gravité et

d'incurabilité ouvrant des droits à pension, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas rentrer dans l'une des classes de l'échelle de gravité arrêtée par la décision ministérielle du 23 juillet 1887. Si elle y rentre momentanément, il faut qu'elle ne soit pas incurable. C'est ainsi, par exemple, qu'une fracture du fémur non consolidée, justifie une gratification aussi longtemps qu'il peut s'agir d'un simple retard de consolidation ; si la clinique, la radiographie, l'épreuve du temps, arrivent à démontrer qu'on a affaire à une pseudarthrose définitive et incurable, la pension est justifiée.

Il n'y a donc entre la gratification et la pension qu'une différence de gravité ou une question d'incurabilité. Une infirmité peut être très grave, atteindre un taux d'invalidité de 100 0/0 et ne pas justifier la pension, parce qu'elle n'est pas incurable. Exemple : Une cataracte double encore non opérée et réduisant l'acuité visuelle à la simple perception lumineuse.

Réciproquement, une infirmité peut être incurable et ne pas ouvrir de droits à pension parce qu'elle ne présente pas les caractères de gravité exigés par la loi. Exemple : Amputation de trois orteils ; amputation d'un des quatre derniers doigts de la main ; cataracte traumatique opérée avec acuité visuelle de 1/10e.

Comment distinguer pratiquement la gratification de la pension. — *Pratiquement*, comment un médecin-expert, en présence d'une infirmité imputable au service, pourra-t-il savoir s'il doit proposer une gratification ou une pension ? Quel sera le fil conducteur qui, dans tous les cas, l'empêchera ou de s'égarer ou de faire fausse route ?

Avant tout, il devra rechercher si l'infirmité figure dans le tableau de l'échelle de gravité annexé à la loi de 1831. S'il l'y trouve, ce n'est pas encore suffisant : il faut (quand il ne s'agit pas d'une mutilation irrémédiable ou d'une suppression d'organes) que le caractère d'incurabilité exigé par la loi soit démontré scientifiquement. Alors, mais alors seulement, la proposition de pension sera justifiée. En cas de doute, l'expert pourra se reporter aux indications fournies précédemment sur chacun des numéros de l'échelle de gravité ; nous avons essayé d'indiquer pour chacun de ces numéros, les conditions nécessaires pour justifier la pension de retraite.

Si ces conditions ne sont pas réalisées, c'est la gratification

qui doit être proposée, et elle doit l'être très souvent, toutes les fois qu'il existe le moindre doute sur l'incurabilité, parce qu'en fait, la gratification permet d'indemniser à leur valeur réelle toutes les infirmités, suivant un taux allant de 10 à 100 0/0. A procéder ainsi, il n'y a qu'un seul inconvénient, c'est qu'en cas de décès de l'intéressé, la veuve n'a pas droit à pension. Et encore, il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Lorsque la gêne fonctionnelle atteint 60 0/0 (taux équivalent à celui de la retraite) si le décès est bien consécutif à l'infirmité, la veuve obtient la pension. En effet, des trois conditions exigées pour la retraite, deux étaient réalisées, l'origine et la gravité ; c'était donc uniquement par suite d'une erreur de pronostic que les experts n'avaient pas conclu à l'incurabilité.

Rédaction des certificats. — Nous avons indiqué précédemment les règles administratives de la réforme n° 1, les pièces nécessaires pour la gratification renouvelable et la différence qui existe entre la pension et la gratification. Nous avons indiqué également les formalités à remplir pour la rédaction des certificats. Comme dans les propositions de pension, les experts ont à envisager l'origine, la gravité, l'incurabilité ou la non-incurabilité et dans leurs certificats d'examen et de vérification, ils doivent décrire minutieusement :

1° Les lésions anatomiques ;

2° Les troubles fonctionnels, leur nature, leur étendue et leurs caractères ;

3° L'impotence qui en résulte au point de vue de la capacité de travail.

Lorsqu'une infirmité est incurable, elle justifie une gratification si elle n'entraîne pas une réduction de capacité de travail de 60 0/0 ; mais toute infirmité figurant à l'échelle de gravité annexée à la loi de 1831, est considérée comme diminuant la capacité de travail de 60 0/0 lorsqu'il est démontré qu'elle est incurable.

Dans leurs conclusions, les médecins-experts ont à envisager :

1° Si l'infirmité doit ou ne doit pas entraîner la réforme n° 1.

2° Quel doit être le taux de la gratification.

Leurs conclusions doivent être libellées ainsi qu'il suit :

A) Propositions pour gratification avec réforme n° 1.

1° *Que lesdites blessures (ou infirmités) mettent l'intéressé*

hors d'état de servir et de rentrer ultérieurement au service ;

2° *Qu'elles ont été occasionnées (ou aggravées) par la ou les causes spécifiées dans les pièces d'origine ;*

3° *Qu'elles occasionnent une gêne fonctionnelle de (100, 80, 60, 50, 40, 30, 20, 10, moins de 10 0/0) pour une durée de : (au moins deux ans) ;*

4° *Qu'elles motivent une proposition pour la réforme n° 1 avec gratification renouvelable de.... catégorie.*

B) Proposition pour gratification sans réforme.

1° *Que les blessures ou infirmités ci-dessus relatées sont compatibles avec le service (armé ou auxiliaire) ;*

2° *Comme ci-dessus ;*

3° *Comme ci-dessus ;*

4° *Qu'elles motivent une proposition pour gratification renouvelable de.... catégorie sans réforme.*

La diminution de capacité de travail inférieur à 10 0/0 ne donne droit à aucune allocation. Mais elle n'en reconnaît pas moins l'origine en service, et peut ouvrir ultérieurement des droits à gratification et même à pension si l'infirmité vient à s'aggraver.

L'intéressé ne toucherait également aucune allocation dans le cas où les experts, concluant à la réforme n° 1, évalueraient la gêne fonctionnelle à 10, 20, 30, etc., 0/0, pour une durée inférieure à deux ans

En réalité, rien ne s'oppose à ce que les experts proposent ces conclusions quand elles sont justifiées. Exemple : Un militaire d'une classe antérieure à 1913 (1), atteint de rhumatisme subaigu, a été réformé temporairement une première fois. La Commission de réforme ne peut plus prononcer que la réforme définitive ou le rappel à l'activité, toutes solutions qui n'arrivent ni l'une ni l'autre à donner entière satisfaction. Les experts en proposant la réforme n° 1 reconnaissent l'origine en service ; en évaluant la gêne fonctionnelle à 20 0/0, ils reconnaissent la gravité actuelle, mais en fixant cette évaluation pour une durée inférieure à deux ans, ils établissent, qu'à leur avis, l'infirmité doit guérir dans un temps relativement court. En somme, on retombe dans le cas de la réforme n° 1 sans gratification.

(1) Voir page 31 (nota).

Le guide-barème et les experts évaluent parfois la gêne fonctionnelle à 15, 25, 35 0/0. Les taux d'indemnisation n'étant prévus que par dizaines, il y a donc lieu dans des cas similaires, d'inscrire (35 0/0 moins de quarante). L'observation est surtout importante pour les taux de 70 0/0 et de 90 0/0, qui ne figurent pas dans l'échelle prévue par le décret du 24 mars 1915. Les experts devront donc écrire : Gêne fonctionnelle de 70 0/0 (moins de 80 0/0, ou 90 0/0, (plus de 80 0/0). Dans le premier exemple, le taux réel est de 60 0/0, dans le second cas il est de 100 0/0.

Rôle de la Commission de réforme. — Dans tous les cas, la Commission de réforme doit inscrire et signer au procès-verbal de vérification son avis motivé quant au droit à la *gratification avec ou sans réforme.*

Nous rappelons encore que si les Commissions de réforme prennent des *décisions* sur la situation militaire des blessés (Réforme, maintien au service, etc.) elles ne font jamais que des *propositions* de gratification. Le Ministre se réserve le droit de statuer sur la concession de la gratification.

Si donc à la suite d'une enquête ou d'une contre-expertise, le Ministre n'admet pas que l'infirmité soit imputable au service (rejet d'origine), il en résulte que malgré la proposition antérieure de la Commission de réforme, la gratification n'est pas accordée, mais le militaire proposé pour la réforme nº 1, n'en reste pas moins réformé nº 2.

La gratification est accordée, en principe, pour une période de deux ans, sauf dans le cas de réforme temporaire, où l'allocation a la même durée que le congé de réforme, c'est-à-dire une année.

Fixation du taux d'invalidité. — Quand le médecin-expert n'a qu'une infirmité à évaluer, il se reporte aux taux fixés par le guide-barème. Mais en présence d'infirmités multiples, le problème est plus difficile à résoudre. Nous essayons plus loin de proposer une solution pratique.

Militaires rengagés. — Nous avons indiqué précédemment qu'un officier ayant des droits acquis à la pension d'ancienneté,

mais susceptible d'être proposé pour la retraite pour infirmités, doit toujours être l'objet de cette dernière proposition, parce qu'en cas d'aggravation, cet officier peut demander une pension d'une classe supérieure. Il se présente pour les sous-officiers ou soldats une situation similaire. « Lorsqu'un militaire présente « des infirmités provenant du service, mais n'ayant pas au « moment où il quitte les drapeaux, le degré de gravité voulu « pour ouvrir immédiatement le droit à la pension pour blessures « et infirmités, il peut être avantageux pour lui, au lieu de « demander la liquidation de sa pension proportionnelle, de « réclamer provisoirement une gratification de réforme renou- « velable. Il sauvegardera ainsi ses droits à une pension pour « blessures ou infirmités, de montant plus élevé et reversible sur « la veuve. En se décidant au bout de deux ans et demi pour la « pension proportionnelle, si aucune aggravation ne s'est pro- « duite, il n'éprouvera aucune perte au rappel de trois années « d'arrérages autorisé par la loi du 16 avril 1895 (art. 40) (1).

Gratification temporaire (Gendarme). — La gratification temporaire a été instituée par décision présidentielle du 30 octobre 1852, en faveur des militaires de la gendarmerie réformés pour cause d'infirmités n'ouvrant pas de droits à pension. Il y a lieu d'observer que la décision présidentielle n'exigeait nullement pour la gratification temporaire une origine de service ; l'Instruction du 23 mars 1897 (art. 114) exige cette origine.

Pour avoir droit à la gratification temporaire de réforme, il faut que les gendarmes aient accompli dans l'armée active le temps de service militaire exigé par la loi du recrutement. Cette gratification est égale aux 2/3 du minimum de la pension de retraite de leur grade ou du grade supérieur dont ils jouissaient dans l'armée avant leur entrée dans la gendarmerie ; elle est versée pendant un temps égal à la moitié de la durée des services effectifs.

Les pièces nécessaires sont les mêmes que celles de la gratification renouvelable. Les certificats concluent :

Que les infirmités nécessitent la gratification temporaire de réforme.

(1) Tardieu, *op. cit.*, art. 375.

Après expiration de la durée de jouissance, l'intéressé peut être admis à la gratification renouvelable ou à des secours éventuels. La gratification renouvelable peut être accordée également quand le gendarme n'a pas accompli dans l'armée active le temps de service légal.

Suspension ou suppression de la gratification. — La jouissance de la gratification peut être suspendue ou supprimée pour condamnation, fautes graves, inconduite ou indignité.

Visite bisannuelle. — La gratification renouvelable, accordée pour deux années, peut être successivement continuée par périodes semblables, maintenue à titre permanent, et élevée ou abaissée à une autre catégorie. Elle peut également être transformée en pension de retraite dans un délai de cinq ans soit par aggravation de l'infirmité, soit parce que l'infirmité dont le degré de gravité s'échelonnait de 60 à 100 0/0 a été jugée définitivement incurable.

Avant la guerre, les visites bisannuelles étaient passées au moment des tournées cantonales du conseil de révision par le médecin, en présence de l'officier général ou supérieur et des autorités militaires qui assistent le conseil de révision, et se constituent en commission extraordinaire de réforme. Ces commissions ne peuvent statuer que *sur le maintien, la diminution ou la suppression de la gratification*. Dans ce cas, le médecin établit un certificat de visite qu'il remet au sous-intendant militaire.

Actuellement en raison du nombre considérable de gratifiés à visiter, le médecin du conseil de révision ne peut pas procéder à la visite prévue par l'instruction sur les gratifications de réforme. Il est évident que les militaires de cette catégorie devront tous être revus par des médecins experts qualifiés, ayant entre les mains le dossier des intéressés, disposant du temps nécessaire pour faire procéder à tous les examens complémentaires et à toutes les recherches scientifiques indispensables. Ce n'est qu'en procédant ainsi qu'il sera possible de répondre aux désidérata de l'instruction ministérielle. « Il importe au plus haut point de ménager les intérêts de l'Etat et d'autre part de ne pas priver un ancien militaire de la gratification à laquelle il peut justement prétendre ». Le certificat de visite que peut établir un des méde-

cins, ou le médecin assistant le conseil de révision, est forcément réduit à la description des seuls symptômes importants. Tous ceux qui ont assisté le conseil de révision seront de notre avis.

C'est donc devant une Commission de réforme que doivent avoir lieu tous les examens des gratifiés de la guerre. Dans ce cas les certificats de visite et de contre-visite doivent être détaillés et ne pas conclure au maintien de la gratification avec la seule mention : « Même état que précédemment, pas d'amélioration ».

Des certificats ainsi libellés sont considérés comme nuls.

Dans le cas où le certificat conclut à la suppression de la gratification, il est nécessaire d'appuyer la proposition sur des preuves anatomiques et physiologiques, car l'intéressé demandera presque certainement un nouvel examen.

C'est la Commission de réforme de la subdivision de région qui a seule qualité pour *proposer au Ministre soit le maintien de la gratification à titre permanent, soit le passage dans une catégorie supérieure.*

Lorsque le médecin du conseil de révision estimait que l'une ou l'autre de ces décisions devait être prise, il formulait son opinion sur un certificat de visite qui était transmis par le sous-intendant à la Commission de la subdivision.

« Dans tous les cas où la gêne fonctionnelle alléguée par les « intéressés ne paraît pas suffisamment justifiée par l'examen « des lésions anatomiques, il est procédé par les soins de la « gendarmerie, à une enquête minutieuse sur le genre de vie et « les occupations habituelles des postulants depuis leur rentrée « dans la vie civile, en vue de déterminer les conditions dans « lesquelles ils ont pu, depuis lors, se livrer à l'exercice de leur « métier ou profession et de faire ressortir, s'il y a lieu, les sus- « pensions relatives ou complètes plus ou moins fréquentes « dans l'accomplissement de leurs travaux ordinaires auxquelles « ils ont pu être astreints du fait de l'infirmité ayant motivé « l'allocation d'une gratification renouvelable (1) ».

Le maintien à titre permanent et le passage dans une catégorie supérieure sont *prononcés* par décision du Ministre, à la suite des *propositions* des commissions de réforme.

Différence entre la gratification permanente et la retraite. —

(1) *B. O.* vol. 66², art. 38.

Quelle est la différence entre la gratification permanente et la pension de retraite ?

1° La gratification permanente n'est pas reversible sur la veuve.

2° Le taux de la réduction de capacité de travail n'atteint pas 60 0/0.

Les experts ne doivent pas se hâter de conclure à la gratification permanente ; un militaire atteint d'une amputation d'un doigt présente évidemment une infirmité incurable, mais cette infirmité est ordinairement constituée par deux éléments, l'un, définitif, les autres améliorables (raideurs des autres doigts, atrophie). On ne peut donc proposer le taux de la gratification permanente qu'à partir du moment où tous les accidents non définitifs ont disparu.

En résumé, toutes les infirmités jugées définitivement incurables, dont le degré de gravité s'échelonne de 10 à moins de 60 0/0 de réduction du taux normal de la capacité de travail ne peuvent ouvrir des droits qu'à une gratification permanente.

Par contre toute infirmité jugée définitivement incurable dont le degré de gravité s'échelonne de 60 à 100 0/0 de réduction de capacité de travail, ouvre des droits à la pension de retraite ; dans ce cas une nouvelle instruction s'impose : elle sera ordonnée et conduite par le commandement (voir loi de 1831, aggravation des blessures).

« Cette distinction entre les pensions de retraite et les gra-
« tifications permanentes pour des infirmités également incu-
« rables, répond uniquement, comme on le voit, à des taux
« différents de gravité, avec cette remarque que dans la régle-
« mentation militaire, il est admis qu'un taux de réduction de
« 60 0/0 de la capacité de travail, considéré comme incurable,
« met l'intéressé hors d'état de pourvoir à sa subsistance lors-
« qu'il s'agit d'un soldat ; ou qu'elle ôte la possibilité de rentrer
« ultérieurement en activité, quand il s'agit d'un officier » (1).

Réadmission. — Lorsqu'une gratification a été supprimée par suite de guérison, la réadmission ne peut avoir pour base que la même blessure ou la même infirmité ayant déjà motivé la gratification.

(1) Instruction ministérielle du 10 avril 1915.

Il y a lieu d'établir de nouveaux certificats d'examen et de vérification.

Invalidités multiples — Nous avons étudié précédemment le moyen de régler les invalidités multiples résultant d'infirmités ouvrant chacune un droit à pension. C'est le système du cumul.

Nous avons à envisager deux autres éventualités :

On peut se trouver en présence :

1° D'infirmités multiples justifiant chacune une gratification :

2° D'infirmités multiples dont les unes ouvrent des droits à pension alors que les autres ne justifieraient qu'une gratification.

1° *Infirmités multiples justifiant chacune une gratification.*

Le rôle du médecin-expert est très difficile : est-il possible de trouver des précédents dans la législation civile ? Depuis l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail, les tribunaux ont eu à connaître bien des fois de lésions multiples. Une remarque s'impose avant tout : en matière de législation civile, il n'existe pas de guide-barème officiel. Sans doute, il a été publié de nombreux travaux et même de nombreux traités médicaux sur les accidents du travail ; mais les taux d'évaluation ne figurent qu'à titre d'indication, variant le plus souvent du simple au double, sans que les médecins ni les tribunaux ne soient tenus en aucune façon à s'y conformer. Et d'ailleurs, la multiplicité des procès entre assureurs et assurés démontre amplement que l'accord est loin d'être complet, même lorsqu'on a affaire à une seule infirmité.

Les médecins-experts désignés par les tribunaux n'ont donc à répondre qu'à une question, à savoir : Quel est le taux d'invalidité globale résultant des blessures ?

Ils fixent leur évaluation en s'inspirant uniquement de leur conscience.

En matière de législation militaire, le Guide-Barème des invalidités permet de résoudre la question des infirmités uniques.

Pour les infirmités multiples, il semblerait logique d'appliquer la première des règles de l'arithmétique qui consiste à addition-

ner les taux afférents aux invalidités partielles pour obtenir la somme globale de l'invalidité. Mais on reconnaît bien vite que la méthode est inapplicable, parce que le taux de 100 0/0, auquel on est strictement limité, est atteint ou dépassé bien avant qu'on ait évalué la totalité des infirmités.

Pourquoi le Guide-Barème ne fournit-il pas la solution souhaitée ?

Lorsqu'on dispose d'un budget fixe, inextensible, on ne peut l'équilibrer que de deux façons, soit en proportionnant chacune des dépenses nécessaires, au revenu dont on dispose ; soit en réduisant ses dépenses sur un ou plusieurs chapitres, dès qu'on s'est imposé une dépense exagérée.

C'est l'une ou l'autre de ces méthodes qu'il faut adopter pour l'indemnisation des invalidités multiples. En effet, la loi fixe dans tous les cas un maximum d'invalidité de 100 0/0. Si donc on ne peut appliquer aux invalidités multiples les tarifs fixés par le Guide-Barème pour chacune des infirmités, c'est que le taux proposé pour chacune d'elles est trop élevé, ou, ce qui revient au même, que les taux partiels ne sont pas établis au prorata du taux global dont on dispose. Si l'on se refuse à admettre cette proposition, il faut adopter l'une des trois suivantes :

1° Ou bien que la gêne fonctionnelle n'est pas proportionnelle à la multiplicité des infirmités, c'est-à-dire qu'une seconde, une troisième infirmité, s'ajoutant à une première infirmité n'entraînent pas une gêne fonctionnelle proportionnellement croissante.

2° Ou bien : Que plus il y a d'infirmités, moins on doit évaluer chacune d'elles, pour ne pas dépasser le taux global fixé par la loi.

3° Ou bien enfin : Que la première infirmité étant presque toujours surcotée, il faut nécessairement sous-coter les autres pour rester dans les limites légales.

Ces observations démontrent que le problème de l'évaluation des infirmités multiples présente plusieurs solutions. On peut :

A) Ajouter au Guide-Barème un supplément où l'on envisagerait et évaluerait les invalidités multiples. Mais si complet qu'il pût être, ce supplément resterait toujours très incomplet, car « la multiplication de nos inventions n'arrivera jamais à la variation des exemples ».

B) Diminuer de propos délibéré le taux d'invalidité afférent à chaque infirmité, en posant le problème de la façon suivante :

Etant donné qu'en aucun cas on ne peut dépasser le taux de 100 0/0, évaluer chacune des infirmités au prorata du taux global fixé par la loi.

Le système qui est exact au point de vue mathématique ne l'est plus en réalité. Il faudrait, par exemple, attribuer à chacun des quatre membres une valeur inférieure à celle qu'a réellement chacun d'eux.

C) Déclarer que pour les invalidités multiples il ne sera pas tenu compte des indications du Guide-Barème. Mais on complique la solution : si chaque expert a la libre disposition du champ d'évaluation, il y aura pour chaque cas autant de taux différents qu'il y aura de propositions : de plus, les taux varieront du simple au double. Et c'est bien ainsi que les choses se passent actuellement. Les évaluations varient souvent dans des proportions considérables pour des cas similaires. Est-il possible d'y remédier ?

En somme, que cherchent les experts en présence d'invalidités multiples ? Ils cherchent à tout indemniser, sans arriver pourtant au taux de 100 0/0, qui doit être réservé aux cas spéciaux correspondant à « l'invalidité permanente totale » prévue par la loi de 1898.

Nous avons soumis une proposition qui n'a pas encore été adoptée, et que nous allons signaler simplement à titre documentaire.

Les taux d'évaluation fixés par le décret du 24 mars 1915 sont exactement les mêmes que ceux de la loi des pensions, pour toute invalidité entraînant une gêne fonctionnelle égale ou supérieure à 60 0/0.

3e catégorie 60 0/0	correspondant à la	6e et 5e classe.
2e catégorie 80 0/0	—	4e et 3e classe.
1re catégorie 100 0/0	—	2e et 1re classe.

Pourquoi les médecins-experts ne procéderaient-ils pas pour les gratifications comme ils procèdent pour les pensions, c'est-à-dire en faisant jouer le système du cumul ? Comment l'appliquer ? De la façon suivante :

A) L'infirmité dont le taux est le plus élevé est toujours réglée la première, au taux fixé par le Guide-Barème.

B) Les infirmités surajoutées justifient l'élévation d'une classe de l'échelle des catégories, toutes les fois et autant de fois qu'elles occasionnent une gêne fonctionnelle évaluée par le Guide-Barème à 60 0/0 ; lorsque ces infirmités surajoutées n'atteignent pas le taux de 60 0/0 on les indemnise au moyen d'une échelle complémentaire (voir page suivante).

C) Il n'y a pas lieu de faire jouer la disposition *restrictive* du cumul aussi longtemps que l'addition des taux partiels n'atteint pas 60 0/0. Nous répétons encore une fois que cette solution n'a pas été encore agréée, et que les médecins-experts n'en doivent pas faire état jusqu'alors.

Quel que soit le nombre des infirmités siégeant à un même membre, on ne peut en aucun cas dépasser le taux de 60 à 70 0/0, taux équivalent à la perte absolue de l'usage d'un membre. Agir autrement, ce serait établir non plus un taux d'invalidité, mais un mémoire.

2° *Invalidités multiples résultant de l'association d'infirmités incurables et non incurables*

La solution est encore plus difficile ; on peut même dire qu'en l'état actuel de la législation, le problème est insoluble, puisqu'on ne peut pas bénéficier tout à la fois d'une pension et d'une gratification.

		Gratification	Echelle complémentaire
		—	—
8e catégorie	10 0/0	100 francs	25 francs
7e catégorie	20 0/0	200 —	50 —
6e catégorie	30 0/0	300 —	75 —
5e catégorie	40 0/0	400 —	100 —
4e catégorie	50 0/0	500 —	125 —
3e catégorie	60 0/0	600 —	150 —
2e catégorie	80 0/0	750 —	175 —
1re catégorie	100 0/0	975 —	200 —

Au début des hostilités, on avait proposé un moyen qui n'a pas été adopté, mais qui semblait pratique ; ce moyen consistait

à établir, parallèlement à l'échelle des catégories de gratification qui progresse par centaine de francs, une autre échelle progressant par dizaine et qu'on aurait pu appeler échelle « d'indemnisation complémentaire ».

En cas d'infirmités simultanées, toutes les infirmités ouvrant des droits à pension étaient réglées par la loi de 1831 ; les infirmités surajoutées non incurables, occasionnant une gêne fonctionnelle supplémentaire, auraient donné lieu à une indemnisation calculée suivant l'échelle complémentaire.

Exemple :

Enucléation d'un œil, 5e classe no 20.

Amputation des cinq orteils d'un pied, 6e classe no 66.

Paralysie du cubital (non incurable) 40 0/0.

Otite suppurée 10 0/0.

Les deux premières infirmités ouvraient, par cumul, des droits à la pension de quatrième classe. Les deux dernières, non incurables, donnaient lieu à une indemnisation de 125 francs, correspondant au taux de 50 0/0 de l'échelle complémentaire.

En présence de l'exemple précité, il serait évidemment plus logique de pouvoir indemniser en proposant un taux global de gratification, en rapport avec la gêne fonctionnelle. Mais on n'appliquerait pas la loi de 1831, qui doit être appliquée avant tout, car elle est la loi, alors que la gratification n'est accordée que par une instruction ministérielle. Une instruction ministérielle ne peut pas annuler une loi, d'autant plus que, contrairement à la gratification, la loi accorde des avantages considérables aux intéressés.

Dans le cas précédent, et en l'état actuel de la législation, les experts doivent conclure ainsi qu'il suit :

« Les deux premières infirmités graves et incurables justifient par cumul la quatrième classe de l'échelle de gravité ; les deux autres non incurables occasionnent une gêne fonctionnelle supplémentaire estimée par le Guide-Barème à 50 0/0 ».

Remarquons que la quatrième classe seule, correspond à un taux d'invalidité de 80 0/0. Si donc on évaluait l'invalidité par addition, on aurait 80 + 50 = 130 0/0, soit un taux supérieur de 30 0/0 à la cécité absolue.

Dans tous les cas, l'intéressé bénéficie d'abord des avantages de la pension qui est inaliénable et reversible sur la veuve et les

orphelins. Il n'y a d'exception que pour la cécité pratique, où l'intéressé peut être proposé pour une gratification de 100 0/0, sans perdre ses droits à pension (voir Gravité n° 21).

En récapitulant toutes les infirmités, en indiquant nettement celles qui ouvrent des droits à pension et celles qui occasionnent une gêne fonctionnelle supplémentaire, les experts fourniront un dossier complet, ce qui présente un double avantage. En effet, il est possible qu'ultérieurement une des infirmités non incurables devienne à son tour incurable ; l'intéressé pourra ainsi faire valoir ses droits à une élévation de classe et l'origine sera justifiée. Il est possible également que la nouvelle loi en préparation donne lieu à la révision d'un certain nombre de dossiers ; les dossiers ainsi constitués seront suffisamment complets pour apprécier l'invalidité totale sans soumettre l'intéressé à un nouvel examen.

CONCLUSION

Le passage suivant, tiré de la préface du Guide-Barème résume en quelques phrases, tous les desiderata auxquels doit satisfaire un médecin-expert :

Dans toute expertise médico-militaire, les médecins-experts sont appelés à se prononcer, en ce qui concerne les infirmités soumises à leur examen :

1° SUR L'ORIGINE. — *Elles sont ou ne sont pas imputables, directement ou par aggravation, à un fait de service, ou aux fatigues et obligations du service militaire en général.*

2° SUR LA GRAVITÉ. — *Pour les* PENSIONS, *elles doivent pouvoir être rangées dans l'une des six classes de l'échelle de gravité (instruction du 23 juillet 1887, insérée au Manuel des pensions, vol. 66*[1]*).*

Pour les GRATIFICATIONS, *lesdites infirmités doivent, pour conférer des titres à gratification, occasionner une diminution d'au moins 10 0/0 (dix), qui pourra s'élever jusqu'à 100 0/0 (cent) dans les facultés normales de travail.*

3° SUR L'INCURABILITÉ. — *Pour les* PENSIONS, *les infirmités doivent être* INCURABLES *en tous leurs éléments.*

Pour les GRATIFICATIONS, *les infirmités dont le taux d'incapacité est évaluable à moins de 60 0/0 (soixante), et qui sont néanmoins incurables, donnent lieu à des* GRATIFICATIONS PERMANENTES.

Mais, quand elles ne sont pas INCURABLES, *leur durée doit, pour justifier une proposition, être évaluée à au moins deux ans.*

Une durée, estimée inférieure à deux ans, ne donne pas de titres à gratification.

Toutefois, en cas de réforme temporaire, la durée probable de l'infirmité ouvrant des titres à gratification peut être seulement d'une année.

Ces diverses questions sont soumises à l'appréciation des médecins-experts, qui sont tenus de formuler des conclusions POSITIVES *ou* NÉGATIVES *sur chacune d'elles, savoir* : ORIGINE, GRAVITÉ *ou* TAUX D'INVALIDITÉ, INCURABILITÉ *ou* DURÉE, *conclusions logiques et se référant à des libellés et descriptions détaillés et clairement énoncés, pour permettre au* COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ *ou à la* COMMISSION CONSULTATIVE MÉDICALE *de juger sur pièces, en dernier ressort, des diverses propositions.*

TABLEAU DES CAS D'ESPÈCE DIVERS

Les Médecins-Experts, les Commissaires médico-légaux régionaux ont en bien des circonstances signalé les Questions de principe ou les cas d'Espèce dont la solution leur paraissait difficile ou délicate.

Nous croyons faire œuvre utile en résumant sous forme de questionnaire les cas les plus intéressants.

AFFECTIONS OCULAIRES

QUESTIONS	RÉPONSES
— *Un militaire incorporé au service auxiliaire avec un œil absolument désorganisé doit se faire énucléer cet œil, à la suite d'un traumatisme survenu en service commandé.* *Quelle solution ?*	— Voir Gravité nº 21, page 118.
— *Quelle invalidité attribuer à un borgne blessé à l'autre œil en service commandé, et dont la vision de l'œil conservé est réduite à 4/10 (avec un verre convexe de 11 dioptries). Nous avons conclu à la retraite 5e classe, nº 21, mais n'eut-il pas été plus équitable de conclure :* *Œil énucléé, 5e classe, nº 20. Œil amoindri, majoration de X p. 100.*	— Voir Gravité nº 21, page 114.
— *Une blessure de guerre ayant occasionné la perte presque complète non incurable de la vision d'un œil,*	— Voir Gravité nº 21, page 117.

avec simple conservation de la perception lumineuse (l'autre œil étant normal), ne pouvant être rangée dans la 5e classe de l'échelle de gravité doit-elle entraîner la réforme no 1 avec gratification de 30 p. 100 ou le service auxiliaire avec gratification de 30 p. 100 ? Dans ce dernier cas le blessé doit-il être renvoyé dans ses foyers comme atteint d'une blessure de guerre ?

— *Un militaire retraité antérieurement (5e classe, no 21) pour énucléation de l'œil droit et cataracte traumatique de l'œil gauche, adresse au bout d'un an une réclamation, la vision étant descendue pratiquement à zéro.*

L'ophtalmologiste constate que la lésion est définitive et incurable.

Peut-on ranger ce blessé dans la 1re classe ou indiquer simplement un taux d'incapacité supplémentaire de 80 p. 100 pour ce dernier organe à titre de document ?

— Si le blessé est atteint de cécité pratique incurable, l'infirmité ouvre des droits à la 1re classe.

Voir :

1o Gravité, page 100 et no 21, page 114.

2o Révision pour aggravation (page 156).

MEMBRES

— *Un blessé atteint d'ankylose du coude en bonne position a subi une opération de résection qui laisse un avant-bras ballant, amélioré par un appareil de prothèse. Quelle solution ?*

— Cinquième classe, no 41. — Impotence absolue du membre consécutive à une intervention. — Il n'y a pas à tenir compte de l'amélioration apportée par la prothèse (Voir Gravité no 41, page 122).

— *Ankylose complète osseuse du coude à angle droit avec paralysie*

— On ne peut pas proposer en même

radiale complète, non incurable. Nous proposons la 6e classe no 60 avec une gratification de 8e catégorie.

temps une pension et une gratification.

La proposition de pension est régulière. Indiquer et évaluer « la gêne fonctionnelle supplémentaire » résultant de la lésion non incurable. Si ultérieurement et contre toute attente la paralysie était reconnue incurable, l'intéressé pourrait demander une pension de 5e classe, les 2 infirmités réunies étant équivalentes à la perte absolue de l'usage d'un membre (Voir Gratification : Infirmités multiples, page 204).

— Un officier est atteint d'ankylose osseuse des deux genoux. Par bénéfice du cumul le blessé rentre dans la 5e classe.

Cependant cet officier ne peut ni se lever spontanément ni s'habiller ni marcher sans béquilles.

L'invalidité est certainement supérieure à celle d'un amputé d'un membre classé 3e classe.

Peut-on le hausser à la 3e classe, ce qui paraît juste, puisqu'il est complètement invalide ?

— Les experts doivent dans ce cas motiver très nettement leurs propositions à cet égard.

En vertu de l'article 40 de l'instruction du 23 mars 1897 *B. O.* volume 66[1], c'est au Comité de Santé qu'il appartient de juger de l'opportunité de classe à accorder. L'élévation peut être d'une ou plusieurs classes suivant le degré d'impotence (voir page 147).

— Quelle décision prendre à l'égard d'un blessé qui a perdu les deux dernières phalanges de l'index, du médius et de l'annulaire de la main gauche ?

— L'infirmité comporte le classement dans le service auxiliaire.

Cas non prévu par l'instruction sur l'aptitude physique.

En effet elle est plus grave que la perte simultanée de trois phalanges intéressant l'index et le médius de la même main et moins grave que la perte totale de deux des trois derniers doigts ; infirmités qui toutes deux motivent le classement dans le service auxiliaire.

— L'interprétation du dernier paragraphe du n° 60 de la 6e classe de l'échelle de gravité « Ankylose complète du pied avec déformation, etc... » donne lieu à des divergences. L'examen soutient que l'ankylose osseuse tibio-tarsienne suffit à déterminer la retraite pourvu qu'il y ait désorientation du pied ou déformation. Le contrôle estime que l'incurabilité dans tous ses éléments n'est pas suffisamment établie.

Qui a raison ?

— Le contrôle a raison (Voir Gravité n° 43, p. 127 et n° 60, page 134).

— Un blessé est évacué pour plaie de la cuisse, avec paralysie du sciatique poplité externe. A la suite d'une tentative de suture le tronc sciatique est sectionné : le membre devient impotent. La lésion conserve-t-elle le caractère de blessure de guerre ? L'origine est-elle aussi indiscutable ?

— L'origine est indiscutable : la lésion conserve le caractère de blessure de guerre.

— Quelle conduite tenir en cas de :
1° Perte totale de la rotule ;
2° Perte incomplète de cet os.

— Le taux et le mode d'indemnisation sont fonctions de la gêne fonctionnelle :

S'il y a ankylose du genou : 6e classe, n° 60 :

S'il y a impotence

absolue du membre : 5e classe, no 41 ;

S'il y a gêne fonctionnelle; gratification.

— Une pseudarthrose du coude est-elle considérée comme renfermant en soi les caractères suffisants pour légitimer la retraite, indépendamment de l'état fonctionnel des autres segments du membre ?

— La pseudarthrose justifie la 5e classe, no 41 (Voir Gravité no 41, p. 123).

— Chaque fois qu'il existe une pseudarthrose avec articulation ballante (suite de résection) faut-il appliquer la 5e classe no 41 qui s'impose pour le membre inférieur et qui est discutable pour l'épaule ?

— L'état ballant du membre supérieur dû à une pseudarthrose lâche, suite de résection de l'épaule est considéré comme entraînant l'impotence absolue, quel que soit le fonctionnement du coude, de l'avant-bras, de la main, et sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la prothèse possible. En pareil cas la 5e classe, no 41 est justifiée (Voir Gravité no 41, p. 123).

RÉFORME TEMPORAIRE

— Les réformés temporairement arrivant à l'expiration de leur année sont présentés aux experts sans dossier, le leur restant au Ministère. Doit-on réclamer ce dossier ou en constituer un nouveau ?

— La circulaire $\frac{470\ \text{CD}}{\text{SGP}}$ du 1er novembre 1916, prescrit que les dossiers précédemment établis doivent être communiqués aux experts au moment de la nouvelle visite par le Sous-Intendant.

— Quels sont les nouveaux certificats à établir lors de la visite des réformés temporaires arrivant à l'expiration de leur congé de réforme ?

— Lorsqu'il y a changement de la position militaire (transformation de réforme temporaire en réforme nº 1 ou en proposition de pension), ou encore lorsque le taux d'invalidité de la réforme temporaire est augmenté, il y a lieu d'établir de nouveaux certificats d'examen et de vérification, et non des certificats de visite et de contre-visite.

Ces dispositions doivent être étendues aux militaires de l'armée territoriale qui à l'expiration de leur congé de réforme temporaire, sont classés dans le service auxiliaire et proposés pour une gratification d'un taux supérieur à celle dont ils étaient titulaires (voir circulaire $\frac{470\ \mathrm{CD}}{\mathrm{SGP}}$ du 1er novembre 1916.

— Peut-on proposer d'emblée la gratification permanente ?

— En principe : non, en raison des symptômes fonctionnels surajoutés et améliorables (Voir Gratification, p. 199).

— Un médecin-chef de centre de réforme reçoit, porteur d'une convocation du recrutement, des réformés temporaires (2e catégorie) pourvus d'une gratification depuis un an.

Ces hommes doivent-ils être réellement convoqués au centre de réforme ?

— Oui, pour être examinés par les experts du centre.

— Les militaires proposés pour la réforme temporaire sont contre-visités trois mois après par la Commission de Réforme (Loi Dalbiez). Si la situation de l'intéressé s'est modifiée, une autre décision est prise et toute l'instruction est à recommencer.

— Erreur : la Commission de Réforme réunie en vertu de la loi Dalbiez est destinée uniquement à apprécier l'intéressé au point de vue « aptitude physique ». La loi Dalbiez est une loi de récupération.

CRANE, CŒUR, REINS, POUMONS

— Quelle doit être la situation militaire du blessé atteint de perte de substance du crâne ?

— La question est traitée dans l'Aptitude physique au service militaire Article 49 et dans la Circulaire du Sous-Secrétariat d'État 348 Ci/7 du 5 décembre 1916.

CRANE

— 1° Il existe chez un blessé une grosse perte de substance osseuse, de l'aphasie, de l'amnésie, de l'hémiplégie ; comment indemniser cet ensemble de lésions ?

— Voir Gravité n° 17, page 110.

2° La perte de substance crânienne légère et sans lésion de l'encéphale obturée par une autoplastie doit-elle être indemnisée comme si l'autoplastie n'existait pas ?

Voir Gravité n° 17, p. 110.

POITRINE

— Un projectile est inclus dans le cœur et ne donne lieu à aucun accident. Quel taux de gratification ?

— Voir Gravité n° 28, p. 119.

— Que faut-il entendre par rétrac-

— On doit entendre

tion considérable du thorax (5e classe nº 26). Faut-il admettre l'effacement complet de la convexité de la paroi ?

par ces mots non seulement la disparition de la convexité normale du thorax, mais encore la déformation par concavité, p. 119.

REINS

— *Une tuberculose rénale existant avant la mobilisation peut-elle avoir été aggravée par les fatigues du service ? Dans l'affirmative comment évaluer le pourcentage ?*

— Oui. Mais l'aggravation doit être prouvée par un rapport du Commandement indiquant la nature du service accompli et sa durée.

L'aggravation est admise au même titre que l'origine. Donc pas de pourcentage spécial à l'aggravation (Voir origine, p. 64).

QUESTIONS DE PRINCIPE, QUESTIONS DIVERSES

— *Peut-on classer dans le service auxiliaire pendant la durée de la guerre, bien qu'il soit justiciable d'une pension de retraite 5e classe nº 42, un militaire atteint d'ankylose osseuse complète de l'épaule, le membre ayant encore une certaine utilité fonctionnelle ?*

— La pension de retraite entraîne comme conséquence légale l'impossibilité absolue de servir.

— *Un sous-officier ou homme de troupe ayant 4 ans de service, mais non rengagé, atteint de tuberculose peut-il imputer sa maladie « à une longue durée du service militaire ». Quel est le nombre d'années maximum correspondant au terme longue durée du service militaire ?*

— En temps de paix la longue durée des services était considérée comme pouvant être invoquée dans l'évolution d'une tuberculose lorsque l'intéressé avait été atteint au premier rengagement. En temps de guerre la longue du-

rée des services a moins d'importance que les fatigues exceptionnelles lorsqu'il s'agit d'apprécier la relation de cause à effet entre une maladie et le service (Voir origine : durée des services, p. 62).

BLESSURE PAR IMPRUDENCE

— *Blessure par éclatement de detonateur qu'ils n'auraient pas dû toucher (Blessure par imprudence).*

— Les médecins-experts après avoir nettement formulé leurs restrictions sur l'origine, doivent laisser au Ministre et au Conseil d'Etat le soin de prendre une décision. Ils doivent donc dans tous les cas se prononcer sur les deux autres questions à savoir la gravité et l'incurabilité (Voir origine, utilisation des pièces d'origine et manquement aux ordres donnés) et loi de 1831 (rédaction des certificats, p. 56, 58, 140).

OFFICIERS DE COMPLÉMENT

— *Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis d'un officier de complément blessé ou malade ? Doit-on opérer pour lui, dans l'énoncé des conclusions de son cas, exactement comme pour un homme de troupe, ou doit-on au contraire tenir compte que certaines lésions ne paraissent pas incompatibles avec un service militaire utilisable dans la zone de l'arrière ou sur le territoire ? Exemple : Ablation du pouce, des trois doigts de la main.*

— Un officier atteint d'infirmités incurables correspondant à l'un des numéros de l'échelle de gravité ne peut être maintenu dans l'Armée que s'il le demande et s'il est jugé apte à remplir un emploi actif ou sédentaire (*J. O.* du 8 août 1916, page 7206). Mais s'il demande sa

mise à la retraite, il doit être proposé pour cette dernière (Art. 14 de la loi de 1831, voir pages 37, 140).

— Un soldat autorisé à aller en permission à Reims est blessé au cours d'un bombardement de la ville. Cette blessure doit-elle être considérée comme survenue en service ?

— Sans aucun doute.

— Certains centres n'admettent de proposition pour pensions de retraite que dans le cas où le guide-barême donne un taux de diminution de capacité au-dessus de 60 p. 100, se basant sur ce fait que toute infirmité de taux inférieur ne met pas l'intéressé dans l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance.

— . Toute infirmité figurant au tableau de l'éehelle de gravité, pourvu qu'elle soit incurable, a le caractère de gravité suffisant pour ouvrir des droits à la pension (Voir Gravité pages 80, 100).

— En cas de gratification permanente, doit-on fournir un certificat d'incurabilité ?

— Il n'y a de certifieat d'incurabilité que : 1° pour les pensions 2° pour la mise en réforme d'un officier, p. 137.

— Les modifications récentes apportées à l'instruction sur l'Aptitude Physique modifient-elles ou non sur certains points l'échelle de gravité ?

— Aucune instruetion ne peut enlever à un blessé le bénéfiee aceordé par une loi. L'amputation du pouce à la suite d'un accident de service justifie toujours la retraite (Voir Gravité n° 64 et 21, p. 100, 117, 134).

— Les certificats d'examen et de vérification doivent-ils être obligatoirement écrits de la main d'un des experts ?

— Aucune preseription réglementaire n'envisage cette obligation, pourvu qu'ils soient lisiblement éerits.

— Y a-t-il lieu d'établir les certificats d'examen et de vérification comme l'exigent certains Intendants lorsque le même sujet est justiciable : d'une part : d'une retraite ; d'autre part : d'une gratification pour infirmité non incurable.

— Un même sujet ne peut être proposé à la fois pour une pension et une gratification. Le cumul d'une retraite et d'une gratification est interdit : lorsqu'il y a proposition de retraite, l'état d'invalidité supplémentaire due à l'infirmité non incurable, est signalé à titre documentaire et en vue d'avantages pouvant éventuellement être accordés, p. 204.

— Dans un cas spécial de gratification il a été tenu compte de la profession du blessé pour augmenter le taux d'invalidité (aphonie).

— En aucun cas il ne doit être tenu compte de la diminution de capacité *professionnelle* (Voir loi de 1831 Considérations générales, p. 50).

— Dans quelles conditions un militaire réformé n° 1 ou retraité peut-il être hospitalisé pour traitement ?

— Voir l'article 199 du règlement sur le Service de Santé à l'Intérieur.

— Un homme de 43 ans étant en service commandé reçoit une caisse de fusils sur la paroi thoracique. Hémoptysies ; un mois après, amaigrissement notable : glycosurie 35 grammes par litre.

Peut-on voir l'origine de la glycosurie suffisamment établie et proposer la réforme temporaire, avec 40 p. 100 d'invalidité ?

— En supposant même que vous possédiez la preuve certaine que le diabète était antérieur au traumatisme, comment pourriez-vous prouver en l'état actuel de la science que ce diabète n'a pas été aggravé par une contusion d'une violence telle qu'elle a provoqué des hémoptysies ?

D'autre part, en rai-

son de la gravité que prennent les lésions pulmonaires chez les diabétiques, il semble que la réforme temporaire est contre-indiquée (43 ans, diabète marqué) et il paraît plus normal de proposer la réforme n° 1.

— *La Commission de Réforme ayant décidé qu'un blessé proposé pour la réforme n° 2 devait être proposé pour la réforme n° 1.*

Le Médecin-Chef du Centre de Réforme ou les Commissaires médico-légaux estiment que cet homme doit être proposé pour la réforme n° 2. Que faire ?

— Le dossier de proposition pour réforme n° 1 doit être instruit.

Les médecins-experts conservent toute latitude pour exprimer leur opinion sur l'origine, la gravité ou l'incurabilité (Voir Origine et Réforme n° 2, p. 23, 58).

INFIRMITÉS MULTIPLES

— *Quand, outre une lésion comportant la retraite, il en existe d'autres minimes d'une estimation de 5 à 10 p. 100 par exemple est-il nécessaire de coter ou la simple énumération suffit-elle ?*

— La circulaire 2653 3/7 du 13 décembre 1915 répond à la question. Il y a lieu d'évaluer toute invalidité supplémentaire égale ou supérieure à 10 p. 100 (Voir Gratifications. Invalidités multiples, p. 205).

— *Devons-nous accepter les rapports des spécialistes portant un taux d'évaluation de l'incapacité en demandant le classement avec réforme temporaire, réforme n° 1 ou retraite ?*

— Les propositions des spécialistes sont des avis de même que celles de la Commission médico-légale. Les experts des certificats d'examen et de vérification basent suivant leur conscience leurs propositions définitives sur ces avis (Voir

loi de 1831. Rédaction des certificats, p. 144).

— *Nombreuses questions sur les ouvriers travaillant dans les usines de la défense nationale.*

— Voir à Pensions de veuves et orphelins (Ouvriers d'usines et cas d'espèces, p. 170, 176).

— *Un soldat en détachement agricole est blessé et doit être amputé. Le blessé doit-il être considéré comme un militaire blessé en service commandé (loi de 1831) ou comme un accidenté du travail (loi de 1898)?*

Aux termes de la Circulaire du 22 mars 1916 (*B. O.*, p. 268) les équipes agricoles sont considérées comme des détachements militaires.

En conséquence, le blessé est régi par la loi de 1831, p. 57.

TABLE ALPHABÉTIQUE

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE II

RÉGIME DES PENSIONS. LOI DE 1831

CHAPITRE III

ORIGINE ET FILIATION DES ACCIDENTS AYANT ABOUTI A L'INFIRMITÉ

Certificat d'origine. Documents en tenant lieu.

Voir également : Rédaction des certificats, page 139.

CHAPITRE IV

INCURABILITÉ

CHAPITRE V

GRAVITÉ

CHAPITRE VI

RÉDACTION DES CERTIFICATS

CHAPITRE VII

INFIRMITÉS MULTIPLES

CHAPITRE VIII

AGGRAVATION D'INFIRMITÉS CHEZ DES ANCIENS MILITAIRES

CHAPITRE IX

PENSION DES VEUVES ET ORPHELINS

CHAPITRE X

RÉGIME DES GRATIFICATIONS

CONCLUSIONS

QUESTIONNAIRE

LAVAL. — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD ET C[ie].

Vient de paraître :

P. RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie

TROISIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 *vol. in-8 écu de* 828 *pages, avec* 580 *figures dans le texte* . . **10** fr.

Viennent de paraître :

Schémas d'Observations Cliniques Médicales et Chirurgicales. — Par J. DEJERINE

Sept fiches anatomiques 31×36

La fiche. **0** fr. **10** | 50 fiches assorties. **4** fr. **50** | 100 fiches. **8** fr.

Schéma pour la Localisation des Lésions du Plexus Brachial. — Par Henry MEIGE

1 *fiche format* 24×33

La douzaine . . . . **1** fr.

Schéma pour la Localisation des Lésions crâniennes

Par *Prof. Pierre MARIE, FOIX et BERTRAND*

1 *fiche tirée sur papier calque, format* 26×21

La douzaine . . . . **1** fr.

G.-H. ROGER
Professeur à la Faculté de Paris.

Introduction à l'Etude de la Médecine

5e édit., 795 p. avec un Index explicatif des termes les plus usités. **10 fr.**

J. COURMONT
Professeur à la Faculté de Lyon.
AVEC LA COLLABORATION DE
Ch. LESIEUR et A. ROCHAIX

Hygiène

810 pages, 227 figures en noir et en couleurs . . . . **12 fr.**

Ét. MARTIN
Professeur à la Faculté de Lyon.

Déontologie et Médecine professionnelle

Un volume de 316 pages . . . . **5 fr.**

G. WEISS
Professeur à la Faculté de Paris.

Physique biologique

3e édition, 566 pages, 575 figures. . . . . **7 fr.**

M. LETULLE
Professeur à la Faculté de Paris.
L. NATTAN-LARRIER
Ancien chef de Laboratoire à la Faculté.

Anatomie Pathologique

Tome I. — *Histologie générale. App. circulatoire, respiratoire.*
940 pages, 248 figures originales. . . . . **16 fr.**
Tome II (et dernier). — *En préparation.*

Maurice ARTHUS
Professeur à l'Université de Lausanne.

Physiologie

4e édition, 930 pages, 320 figures . . . . **12 fr.**

M. ARTHUS

Chimie physiologique

7e édition, 430 pages, 130 figures, 5 planches en couleurs . . . **7 fr.**

E. BRUMPT
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Parasitologie

2e édition, 1011 pages, 698 figures et 4 planches en couleurs. **14 fr.**

Vient de paraître :

G. ROUSSY
Professeur agrégé, Chef des Travaux d'Anatomie pathologique à la Faculté de Paris.

I. BERTRAND
Externe des Hôpitaux de Paris, Moniteur des Travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Travaux pratiques d'Anatomie Pathologique

EN QUATORZE SÉANCES

— Préface du Professeur Pierre MARIE —

1 *vol. in-8 de* VI-224 *pages, avec* 106 *planches, relié* . . . . . . **6 fr.**

Ce volume présente sous forme d'atlas, avec texte détaillé en regard des figures, toutes les coupes étudiées dans les séances de travaux pratiques par les étudiants. Ce petit précis sera également utile aux spécialistes à qui il rappellera sous une forme concise les principaux types d'histologie pathologique microscopique.

Gustave ROUSSY
Professeur agrégé, à la Faculté de Paris.

Jean LHERMITTE
Ancien chef de laboratoire à la Faculté

Les Techniques anatomo-pathologiques du Système nerveux

vol. petit in-8, de XVI-255 *pages, avec figures, cartonné toile.* **5 fr.**

H. BULLIARD
Préparateur d'histologie à la Faculté

Ch. CHAMPY
Prof. agrégé à la Faculté de Paris.

Abrégé d'Histologie

Vingt leçons avec notions de technique

Préface du Professeur A. PRENANT

1 *vol. in-8, de* 300 *pages,* 158 *figures et* 4 *planches en couleur, cartonné toile* . . . . **6 fr.**

Ch. BOUCHARD
Professeur honoraire de pathologie générale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine,

G.-H. ROGER
Professeur de pathologie expérimental à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nouveau Traité de
Pathologie générale

Quatre volumes grand in-8, avec nombreuses figures dans le texte, reliés toile.

Volumes parus :

TOME I. — *1 vol. gr. in-8 de 909 pages, relié toile* . . . . . . **22** fr.

COLLABORATEURS DU TOME I : **Ch. ACHARD, J. BERGONIÉ, P.-J. CADIOT et H. ROGER, P. COURMONT, M. DUVAL et P. MULON, A. IMBERT, J.-P. LANGLOIS, P. LE GENDRE, F. LEJARS, P. LENOIR, Th. NOGIER, H. ROGER, P. VUILLEMIN.**

Matières contenues dans ce volume : *Introduction. — Pathologie comparée de l'homme et des animaux. — Notions de Pathologie végétale. — Étiologie et pathogénie. — Pathogénie générale de l'Embryon; Tératogénie. — L'Hérédité et la Pathologie générale. — Immunités et prédispositions morbides. — De l'Anaphylaxie. — Les Agents mécaniques. — Influence du travail professionnel sur l'organisme. — Les Variations de Pression extérieure. — Actions pathogènes des Agents Physiques. — La lumière. — Les Agents chimiques; Les Caustiques.*

TOME II. — *1 vol. gr. in-8, de 1174 pages, 204 fig. Relié toile.* **28** fr.

COLLABORATEURS DU TOME II : **Fernand BEZANÇON, E. BODIN, Jules COURMONT, Jules GUIART, A. ROCHAIX, G.-H. ROGER, Pierre TEISSIER**

Matières contenues dans ce volume : *Les Intoxications et les Auto-intoxications. — Parasitisme et Infection : Étiologie générale. — Les Bactéries. — Les Champignons parasites de l'Homme. — Biologie et rôle pathogène des Parasites animaux. — La Maladie Infectieuse; Étude pathogénique.*

L'ouvrage sera complet en 4 volumes. On acceptera des souscriptions jusqu'à l'apparition du tome III, au prix de 105 francs.

Viennent de paraître :

Dr *Alb.* TERSON

Ancien interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

Ophtalmologie du Médecin praticien

1 *vol. in-8 relié,* 480 *pages,* **348 figures** *et* 1 *planche* . . . . **12 fr.**

Dr G. LAURENS

Oto-Rhino-Laryngologie du Médecin praticien

DEUXIÈME ÉDITION

1 *vol. in-8 relié,* 448 *pages,* **393 figures** *dans le texte* . . . . **10 fr.**

Ces deux ouvrages ne sont pas des livres de spécialistes. Ils sont écrits pour *tous* les médecins qui, dans la clientèle ou l'hôpital (maladie, accident ou blessure), sont contraints *tôt ou tard* de voir *les premiers*, et *seuls*, un œil, une oreille, un nez, une gorge malades. — Les ouvrages des Drs Terson et Laurens disent au praticien ce qu'il faut observer ou entreprendre et *jusqu'où* l'intervention lui appartient.

Ces deux livres contiennent un très grand nombre de croquis et de schémas (**plus d'une figure par page**). Texte et figures se complètent et se commentent.

G.-M. DEBOVE
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Ch. ACHARD
Professeur a la Faculté.

J. CASTAIGNE
Professeur agrégé à la Faculté.

Manuel des Maladies du Foie et des Voies Biliaires

Par **J. CASTAIGNE** et **M. CHIRAY**

1 *vol. de* 884 *pages, avec* 300 *figures dans le texte* . . . . . . **20** fr.

Manuel des Maladies du Tube digestif

TOME I : *BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC*
par **G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX**

1 *vol. grand in-8, de* 725 *pages, avec figures dans le texte* . . **14** fr.

TOME II : *INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES, PANCRÉAS*

par **M. LOEPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON, L. BOIDIN** et **F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8, de* 810 *p., avec* 116 *figures dans le texte* . . **14** fr.

Manuel des Maladies de la Nutrition et Intoxications

par **L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, Abel GY, F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8,* 1082 *p., avec* 118 *fig. dans le texte* . . . **20** fr.

E. FORGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

E. JEANBRAU
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Guide pratique du Médecin dans les Accidents du Travail

LEURS SUITES MÉDICALES ET JUDICIAIRES

TROISIÈME ÉDITION AUGMENTÉE ET MISE AU COURANT DE LA JURISPRUDENCE

Par M. MOURRAL
Conseiller à la Cour de Rouen.

1 *vol. in-8 de* XXIV-684 *pages, avec figures, cartonné toile* . . . 9 fr.

Cet ouvrage est un livre *pratique*, adapté aux besoins des praticiens, et destiné à répondre à *toutes* les questions que posent les rencontres fortuites de la clientèle. — C'est un ouvrage d'*ensemble* qui traite aussi bien du point de vue médical que de celui de la Jurisprudence.

Traité des Maladies de l'Enfance

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J. GRANCHER
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

J. COMBY
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades. Médecin du Dispensaire pour les Enfants de la Société Philanthropique.

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

5 *forts volumes gr. in-8 avec figures dans le texte.* . . . . . **112** fr.

Ce Traité considérable, dont le succès a rapidement épuisé la première édition, a été mis au courant des progrès de la pédiatrie. L'autorité, le nombre et l'étendue de ses articles en font un guide complet entre tous, aussi sûr pour l'homme de cabinet que pour le médecin praticien.

A. PRENANT
Professeur
à la Faculté de Paris.

P. BOUIN
Professeur agrégé
à la Faculté de Nancy.

L. MAILLARD
Chef des travaux de Chimie biologique à la Faculté de Médecine de Paris

Traité d'Histologie

TOME I. — *CYTOLOGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE*
1 *vol. gr. in-8, de* 977 *p., avec* 791 *fig. dont* 172 *en couleurs.* **Épuisé**

TOME II. — *HISTOLOGIE ET ANATOMIE*
1 *vol. gr. in-8, de* XI-1199 *p., avec* 572 *fig. dont* 31 *en couleurs.* **50 fr.**

P.-J. MORAT
Professeur
à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON
Professeur adjoint à la Faculté
de Médecine de Lyon.

Traité de Physiologie

TOME I. — **Fonctions élémentaires.** — Prolégomènes. Contraction. — Sécrétion, milieu intérieur, avec 194 figures . . . . . . **15 fr.**

TOME II. — **Fonctions d'innervation**, avec 263 figures . . **15 fr.**

TOME III. — **Fonctions de nutrition.** — Circulation. — Calorification. . . . . **12 fr.**

TOME IV. — **Fonctions de nutrition** (*suite et fin*). — Respiration, excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. . . . **12 fr.**

En préparation :

TOME V ET DERNIER. *Fonctions de relation et de reproduction.*

P. ACHALME
Directeur du Laboratoire colonial du Muséum, Ancien chef de clinique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Electronique et Biologie

Études sur les actions catalytiques, les actions diastasiques et certaines transformations vitales de l'énergie

1 *volume gr. in-8 de* 728 *pages* . . . . **18 fr.**

Cet ouvrage s'adresse aux médecins, aux biologistes et aux chimistes, mais sera lu utilement par les physiciens et les philosophes. Il ne réclame pour être compris du lecteur qu'une culture générale tout à fait élémentaire.

Son but est d'indiquer aux personnes qui s'intéressent à la biologie et à la chimie les applications possibles, à ces deux sciences, des nouvelles données physiques et principalement de la notion de l'électron.

P. POIRIER — A. CHARPY

Traité d'Anatomie Humaine

NOUVELLE ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE PAR

A. CHARPY — Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse.
et
A. NICOLAS — Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

O. AMOEDO, ARGAUD, A. BRANCA, R. COLLIN, B. CUNÉO, G. DELAMARE, Paul DELBET, DIEULAFÉ, A. DRUAULT, P. FREDET, GLANTENAY, A. GOSSET, M. GUIBÉ, P. JACQUES, Th. JONNESCO, E. LAGUESSE, L. MANOUVRIER, P. NOBÉCOURT, O. PASTEAU, M. PICOU, A. PRENANT, H. RIEFFEL, ROUVIÈRE, Ch. SIMON, A. SOULIÉ, B. de VRIESE, WEBER.

TOME I. — **Introduction. Notions d'embryologie. Ostéologie. Arthrologie,** 825 *figures* (3e *édition*). . . . . **20** fr.

TOME II. — 1er Fasc. : **Myologie. — Embryologie. Histologie. Peauciers et aponévroses,** 351 *figures* (3e *édition*) . . **14** fr.
2e Fasc. : **Angéiologie** (Cœur et Artères), 248 *fig.* (3e *éd.*). **12** fr.
3e Fasc. : **Angéiologie** (Capillaires, Veines), (3e *édition*) (*sous presse*)
4e Fasc. : **Les Lymphatiques,** 126 *figures* (2e *édition*). . . **8** fr.

TOME III. — 1er Fasc. **Système nerveux** (Méninges. Moelle. Encéphale), 265 figures (3e *édition*) . . . . (*sous presse*)
2e Fasc. : **Système nerveux** (Encéphale), 131 *fig.* (2e *éd.*). **10** fr.
3e Fasc. : **Système nerveux** (Nerfs. Nerfs crâniens et rachidiens), 228 *figures* (2e *édition*) . . . . **12** fr.

TOME IV. — 1er Fasc. : **Tube digestif,** 213 *figures* (3e *édit.*). **12** fr.
2e Fasc. : **Appareil respiratoire,** 121 *figures* (2e *édit.*) . . **6** fr.
3e Fasc. : **Annexes du tube digestif. Péritoine.** 462 figures (3e *édition*). . . . . **18** fr.

TOME V. — 1er Fasc. : **Organes génito-urinaires,** 431 *figures* (2e *édition*). . . . . **20** fr.
2e Fasc. : **Organes des sens. Tégument externe et dérivés. Appareil de la vision. Muscles et capsule de Tenon. Sourcils, paupières, conjonctives, appareil lacrymal. Oreille externe, moyenne et interne. Embryologie du nez. Fosses nasales. Organes chromaffines.** 071 *figures* (2e *édition*) **25** fr.

79759. — Imp. Lahure.



Prix : 4 fr.